

# Kreftomsorg i primærhelsetjenesten

Sluttrapport fra et 3-årig prosjekt innen  
kreftomsorg og lindrende behandling  
i Askøy kommune

Tone Steinfeld  
May Aasebø Hauken



I SAMARBEID MED



Betanien diakonale høgskole

Skriftserien 1-2013

**© Tone Steinfeld, May Aasebø Hauken; 2013**

**ISBN 978-82-93203-03-2 (Trykt)**

**ISBN 978-82-93203-04-9 (Elektronisk)**

**Skriftserien (Betanien diakonale høgskole); 1-2013**

**Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:**

**Betanien diakonale høgskole**

**Vestlundveien 19**

**5145 Fyllingsdalen**

**Telefon: 55 50 73 00**

**Telefaks: 55 50 73 01**

**Nettadresse: <http://www.betanien.no/>**

## FORORD

Arbeidet med dette prosjektet har vært en spennende reise med mange lærerike utfordringer og erfaringer. Arbeidet hadde ikke vært mulig uten de gode samarbeidspartnerne og støttespillerne vi har hatt i prosjektet.

Prosjektorganisasjonen har gitt et uvurderlig bidrag med sin tverrfaglige tilnærming og entusiasme. Vi takker styringsgruppen for engasjement, nyttige innspill som har hjulpet oss å holde fokus når mange interessante innspill har dukket opp. Vi ser at det har vært av stor betydning at styringsgruppen har vært forankret både i politisk og administrativ ledelse i kommunen, og at de ulike områdene innenfor kommunen har vært involvert. Spesielt vil vi takke leder av styringsgruppen, Anne Kjersti Drange, som gjennom hele prosjektet har fungert som mentor, gitt oppmuntring og støtte, og som har kjempet for og frontet prosjektet både i egen organisasjon, i og utenfor kommunen. Likeledes mener vi at det har vært av stor betydning at prosjektet har fått innspill utenfra både fra Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest og Betanien diakonale høyskole, og vi er takknemlige for at dere har avsatt tid, ressurser og kompetanse til dette prosjektet.

Den utvidede prosjektgruppen har i tillegg til prosjektleder og prosjektmedarbeider vært ansvarlig for den daglige driften av prosjektet. De har representert en unik tverrfaglig kompetanse som har vært uvurderlig både i utvikling og gjennomføring av prosjektet. Takk for all innsats, entusiasme, arbeidsglede og den genuine viljen til å gjøre en innsats for å gjøre tilværelsen bedre for den enkelte pasient og de pårørende. Det har vært en sann glede å samarbeide med dere!

Den rådgivende referansegruppen har vært sammensatt fra ulike etater i Askøy kommune samt representanter fra Haukeland Universitetssykehus og Kreftforeningen. Referansegruppen har representert et mangfold og en bredde som har gjort at vi har fått innspill og kunnet følge opp prosjektet på en helt annen måte enn vi kunne ha gjort uten dere. Vi erfarer også at dere har vært utrolig gode representanter for prosjektet på deres respektive arbeidssted, og slik har dere også vært med på å oppfylle prosjektets målsettinger.

Som en del av prosjektet ble det også oppnevnt et tverrfaglig ressursteam i Askøy kommune. I ettertid ser vi at dette var et smart trekk, for teamet har medført både økt kjennskap mellom de ulike etatene i kommunen og et mer samkjørt tjenestetilbud. Takk til hver enkelt av dere som var

med og dro lasset og bidro med spesifikk kompetanse. Det har vært utrolig spennende og givende å jobbe sammen med dere!

Prosjektet har gått over tre år, og gjennom disse årene er det mange aktører vi har hatt kontakt og samarbeidet med både innen kommunal og statlig forvaltning. Vi ser at det beste og mest givende vi har gjort i prosjektet, har vært å kunne samarbeide og ha dialog med ulike instanser og fagpersoner. Gjennom dette har vi oppdaget at det er et oppriktig engasjement for kreftpasienten og hans/hennes pårørende, og at det er utrolig hva vi kan få til når vi samarbeider.

Det som imidlertid har gjort sterkest inntrykk gjennom disse årene, er nok likevel møtet med den enkelte kreftpasienten og hennes/hans pårørende. Det har vært mange sterke møter der vi har fått delt både sorger og gleder, og der vi ser at vårt arbeid har gjort en reell forskjell. Disse møtene har også gjort oss ydmyke for hva mennesker kan klare i vanskelige situasjoner og likevel opprettholde glede, håp og verdighet. Vi føler oss privilegert som har fått gå et stykke av denne, ofte vanskelige veien med dere. Takk for det dere lærte oss! Vi vil aldri glemme dere!

Askøy, februar 2013

Tone Steinfeld

Prosjektleder

Askøy kommune

May Aasebø Hauken

Hovedansvarlig for evaluering og rapport

Betanien diakonale høgskole

# INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD.....	2
SAMMENDRAG.....	6
2.0 METODE.....	10
2.1 Kvantitative metoder .....	10
2.2 Kvalitative metoder .....	11
3.0 RESUTATER.....	12
3.1 Hovedmål 1: At en gjennom prosjektet har etablert et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid rundt kreftomsorg i Askøy kommune. ....	12
3.1.1 Prosjektorganisasjon og organisering.....	12
3.1.2 Informasjon om prosjektet .....	14
3.1.3 Tverrfaglig ressursteam.....	16
3.1.4 Etablering av tverrfaglig og tverretatlig samarbeid.....	19
3.2 Hovedmål 2: At kreftsykepleierne gjennom direkte pasientkontakt får kartlagt kreftpasientenes behov for oppfølging og omsorg .....	22
3.2.1 Tilbud om hjemmebesøk og kartlegging ved kreftsykepleier.....	22
3.2.2 Direkte pasientkontakt.....	22
3.2.3 Bruk av individuell plan og ESAS .....	24
3.2.4 Samhandling på tvers av nivåer og enheter knyttet til kreftpasienter .....	25
3.2.5 Evaluering av den direkte pasientomsorgen.....	26
3.3 Hevet kvalitet gjennom planmessig opplæring og veiledning av helsepersonell.....	31
3.3.1 Veiledning av helsepersonell .....	31
3.3.2 Planmessig kompetanseheving.....	33
3.3.3 Eksterne foredrag og hospitering .....	38
3.4 Tilleggsmomenter i prosjektet .....	41
3.4.1 Handlingsplan for kreftomsorg og lindrende behandling for Askøy kommune .....	41
3.4.2 Koordinerende enhet rehabilitering og habilitering i Askøy kommune.....	41
3.4.3 Ressursgruppe for videreutdanning i kreftsykepleie.....	42
3.5 Prosjektets framdriftsplan.....	43
3.6 Økonomi .....	44
4.0 DISKUSJON .....	45
4.1 Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid rundt kreftomsorg i Askøy kommune .....	45
4.1.1 Prosjektorganisasjon og organisering.....	45
4.1.2 Informasjon om prosjektet .....	47
4.1.3 Tverrfaglig ressursteam.....	47
4.1.4 Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid.....	49
4.2 Direkte pasientkontakt .....	50
4.2.1 Tilbud om hjemmebesøk og kartlegging.....	50
4.2.2 Direkte pasientkontakt.....	50
4.2.3 Bruk av individuell plan og ESAS .....	52
4.2.4 Samhandling på tvers av nivåer og enheter knyttet til kreftpasienter .....	53
4.2.5 Evaluering av den direkte pasientomsorgen.....	55
4.3 Hevet kvalitet gjennom planmessig kompetanseheving og veiledning.....	58
4.3.1 Veiledning av helsepersonell .....	58
4.3.2 Planmessig kompetanseheving.....	59
4.3.3 Eksterne foredrag og hospiteringer .....	61
4.4 Tilleggsmomenter i prosjektet .....	62
4.5 Prosjektets framdriftsplan.....	64

4.6	Økonomi .....	64
5.0	KONKLUSJON .....	66
6.0	VEIEN VIDERE .....	68
7.0	REREFANSELISTE .....	69
8.0	VEDLEGG .....	71

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Økte krav om effektivisering i helsevesenet og nye statlige pålegg gjennom blant annet samhandlingsreformen, har resultert i kortere liggetid på sykehus, økt poliklinisk behandling og et større ansvar for forebygging, behandling og oppfølging av alle typer kreftpasienter i kommunene. Dette stiller store krav til kompetanse hos helsearbeidere, koordinering av kommunale tjenester og samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, slik at pasienten sikres individuelt tilpassede og samordnede tjenester. Gjennom prosjektet ønsket Askøy kommune å møte ovennevnte utfordringer ved å bygge opp et godt tjenestetilbud for kreftpasienter gjennom hele forløpet av sykdom - fra diagnosetidspunktet til palliativ kreftbehandling i hjemmet.

**Hensikt:** Hensikten med dette har vært å utprøve en modell for kreftomsorg og lindrende behandling for å gi alle kreftpasienter i Askøy kommune tilbud om et helhetlig, kvalitativt godt og mest mulig sømløst tjenestetilbud, både tverrfaglig og tverretatlig.

**Metode:** Det tre-årige prosjektet har vært rettet mot hjemmeboende kreftpasienter og deres pårørende. Det ble utviklet en modell for kreftomsorg hvor to spesialsykepleiere innen kreftomsorg og lindrende behandling arbeidet på tvers av avdelinger med fokus på direkte pasientkontakt, tverrfaglig og tverretatlig samarbeid samt kompetanse og veiledning. Prosjektet har vært drevet av en tverrfaglig og tverretatlig prosjektorganisasjon og arbeidet ut fra tre hovedmål operasjonalisert i 17 delmål med en klar framdriftsplan og gitte økonomiske rammer.

**Evaluerings:** Prosjektet har vært gjenstand for kontinuerlig evaluering med utfylling av diverse registreringsskjema tilknyttet hvert enkelt hovedmål, samt fem fokusgruppeintervju med ulike grupper involvert i prosjektet.

**Resultater:** Det er gjennom prosjektet utarbeidet et godt og hensiktsmessig tverrfaglig og tverretatlig system for samarbeid. Gjennom prosjektet har en også laget gode systemer på den direkte pasientkontakten med kartlegging av behov samt oppfølging og omsorg, med økende bruk av individuell plan og ESAS. Vi har gjennom prosjektet hatt 342 henvendelser, fulgt opp 106 pasienter i alderen 5 - 90 år og gjennomført 262 hjemmebesøk. Av de 55 som døde i prosjektperioden, avsluttet 45 % livet hjemme. Prosjektet har bidratt til veiledning av helsepersonell og planmessig kompetanseoppbygging. Til sammen har 189 personer fra ulike

yrkesgrupper fått individuell veiledning og 32 personer har hospitert i prosjektet. Det har vært gjennomført 6 temadager med totalt 501 deltakere, og ytterligere 901 har fått undervisning i ulike emner tilknyttet kreftomsorg og lindrende behandling. I tillegg har en gjennom prosjektet utviklet «Handlingsplan for kreftomsorg og lindrende behandling for Askøy kommune».

**Konklusjon:** Prosjektet har hatt høy måloppnåelse og synliggjør at tidlig intervensjon, økt kunnskap og styrket samhandling bidrar til gode pasientforløp. Viktige momenter for den gode måloppnåelsen har vært tydelig forankring både på administrativt og politisk ledelsesnivå i kommunen, etablering av et tverrfaglig ressursteam, tett samarbeid med fastleger og spesialisthelsetjeneste, utarbeidelse av «Handlingsplan for kreftomsorg og lindrende behandling 2012 - 2016 i Askøy kommune», deltakelse i nettverk av ressurssykepleiere samt nært samarbeid med Betanien diakonale høgskole, Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest og Kreftforeningen.



## 1.0 INNLEDNING

Denne rapporten er en evaluering av det 3 - årige prosjektet «Kreftomsorg i primærhelsetjenesten» som ble gjennomført i Askøy kommune i tidsrommet september 2009 til juni 2012.

Bakgrunnen for prosjektet er at kreft som er en av våre mest alvorlige og utbredte sykdommer, krever omfattende behandling og omsorg fra mange nivå og ledd i det offentlige helsetjenesteapparatet [1]. Reformen i offentlig sektor har ført til at oppgaver er overført fra fylkeskommunene til staten, regionale ledd og kommunene [2]. Økte krav om effektivisering i helsevesenet har resultert i kortere liggetid ved sykehusinnleggelser, økt poliklinisk behandling og mindre tid og ressursinnsats rettet mot pasientrådgivning og pasientomsorg [3]. Som en følge av dette har førstelinjetjenesten i kommunene fått et større ansvar for forebygging, behandling og oppfølging av alle typer kreftpasienter [2]. Denne oppgavefordelingen stiller store krav til kompetanse hos helsearbeidere, koordinering av kommunale tjenester og samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester, slik at pasienten sikres individuelt tilpassede og samordnede tjenester [4]. Askøy kommune er blant Norges største vekstkommuner med ca. 26.000 innbyggere og en forventet økning i folketallet på ca. 50 % de neste 20 år [5]. Parallelt ventes det en økning i antall krefttilfeller med ca. 30 % både på grunn av økning i forekomst av kreft og fordi antallet eldre øker [6].

Gjennom prosjektet ønsket Askøy kommune å møte ovennevnte utfordringer og føringer fra statlige myndigheter, ved å bygge opp et godt tjenestetilbud for kreftpasienter gjennom hele forløpet av sykdom, fra diagnosetidspunktet til palliativ kreftbehandling i hjemmet.

Prosjektet har vært rettet mot hjemmeboende kreftpasienter, har hatt utgangspunkt i avdeling for Åpen Omsorg i Askøy kommune og har hatt en klar forankring både i faglig og politisk ledelse.

Hensikten med prosjektet har vært å utprøve en modell for kreftomsorg hvor to av kommunenes spesialsykepleiere innen kreftomsorg og palliasjon arbeider på tvers av seksjoner for å gi alle kreftpasientene i Askøy kommune tilbud om et helhetlig, kvalitativt godt og mest mulig sømløst tjenestetilbud, både tverrfaglig og tverretatlig. Prosjektet har hatt hovedfokus på direkte pasientkontakt, tverrfaglig og tverretatlig samarbeid samt kompetanseheving og veiledning. Den overordnede hensikten med prosjektet ble derfor operasjonalisert i følgende 3 hovedmål:

- Hovedmål 1: At en gjennom prosjektet har etablert et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid rundt kreftomsorg i Askøy kommune.
- Hovedmål 2: At kreftsykepleiere gjennom direkte pasientkontakt får kartlagt kreftpasientenes behov for oppfølging og omsorg.
- Hovedmål 3: At kvaliteten på tjenestetilbudet er hevet gjennom planmessig opplæring og veiledning av helsepersonell.

Hovedmålene ble operasjonalisert i 17 målbare delmål i en detaljert prosjektbeskrivelse med en tydelig framdriftsplan (vedlegg 1). Den daglige driften av prosjektet har vært ledet av en kreftsykepleier i 100 % stilling og en spesialsykepleier innen palliasjon i 40 - 60 % stilling. Prosjektet ble finansiert gjennom prosjektmidler fra Helsedirektoratet kombinert med egne midler fra Askøy kommune. I tillegg finansierte Helsedirektoratet kr 75.000,- til utarbeiding av prosjektet.

I foreliggende rapport vil vi først beskrive metodene som er brukt i evalueringen av prosjektet. Deretter vil vi presentere resultatene fra evalueringen. Siden målene har vært styrende for prosjektet, velger vi å presentere resultatene ut fra prosjektets hovedmål med underliggende delmål. Vi har også valgt å organisere diskusjonen av resultatene på en tilsvarende måte, før vi konkluderer og kommer med en anbefaling for veien videre.

## 2.0 METODE

I henhold til prosjektbeskrivelsen er prosjektet blitt evaluert på ulike måter og ulike nivå knyttet til prosjektets hovedmål. Vi har således anvendt en «mixed-method» tilnærming i evalueringen, der vi har kombinert kvalitative og kvantitative metoder [7]. En slik tilnærming sammenholder innsikt fremkommet av henholdsvis kvalitative og kvantitative tilnærminger for å utvikle ny kunnskap, få fram et mer utfyllende bilde på området, samt øke funnenes troverdighet [7, 8].

I denne evalueringen har vi brukt følgende metoder:

### 2.1 *Kvantitative metoder*

Det ble utarbeidet registreringsskjema tilknyttet de tre hovedmålene, og her ble følgende data hentet inn gjennom hele prosjektperioden:

1. Evaluering av systemarbeid og samarbeid:

Følgende registreringsskjema ble utviklet for å registrere systemarbeidet og samarbeidet og fylt ut gjennom hele prosjektperioden (vedlegg 2):

- a. Henvendelser angående kreftpasienter
- b. Antall møter sammen med fastleger
- c. Antall møter i ressursteamet
- d. Presentasjoner av prosjektet

2. Evaluering av direkte pasientkontakt:

Følgende registreringsskjema ble utviklet for å registrere den direkte pasientkontakten og fylt ut gjennom hele prosjektet (vedlegg 3):

- a. Pasienter ift alder, kjønn, diagnose mm
- b. Registrering av oppfølging
- c. Vedtak om kreftsykepleie (vedlegg 4)
- d. Bruk av ESAS
- e. Bruk av individuell plan
- f. Registrering av mors

3. Kompetanseheving og veiledning:

Følgende registreringsskjema ble utviklet for å registrere kompetanseheving og veiledning og fylt ut gjennom hele prosjektet (vedlegg 5):

- a. Evalueringsskjema for temadager
- b. Veiledning av helsepersonell, utførte undervisningsoppdrag og konferanser
- c. Studenter og hospitanter

## **2.2 Kvalitative metoder**

Kvalitative metoder er velegnet til å få fram erfaringer tilknyttet et område, og regnes mer og mer som hensiktsmessig innen evaluering [9]. Fokusgruppeintervju er en kvalitativ metode som har fått stadig større utbredelse i evaluering av prosjekter [9]. En fokusgruppe er en form for strukturert gruppeintervju, der målet er at en gjennom en samtale i en gruppe, skal få frem mer informasjon enn ved å intervju deltakerne enkeltvis. Deltakerne i en fokusgruppe har spesielle kunnskaper om, eller erfaringer med et tema, og deltakerne i disse gruppene er kvalifiserte gjennom sine personlige erfaringer[9].

På bakgrunn av dette ble det gjennomført fem semi-strukturerte fokusgruppeintervju [10] etter en intervjuguide som var bygget opp i henhold til hovedelementene i prosjektbeskrivelsen (vedlegg 7). Fokusgruppeintervjuene ble gjort på følgende grupper og ledet av ansatte fra KLB og Betanien diakonale høgskole:

- 1. Pårørende til pasienter i prosjektet: 6 deltagere
- 2. Ressursteam: 6 deltagere
- 3. Avdelingsledere i åpen omsorg samt fagsjef: 7 deltagere
- 4. Prosjektgruppen: 6 deltagere
- 5. Referansegruppen: 5 deltagere

I tillegg gjennomførte vi evalueringsmøter på 5 av 6 legekantor i Askøy kommune, samt at prosjektleder skrev fortløpende logg gjennom hele prosjektperioden.

Resultatene fra registreringene og fokusgruppeintervjuene er analysert og sammenfattet av forfatterne.

## 3.0 RESUTATER

Resultatene av evalueringen struktureres i henhold til hovedmålene og de underliggende delmålene.

### **3.1 Hovedmål 1: At en gjennom prosjektet har etablert et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid rundt kreftomsorg i Askøy kommune.**

For å oppnå dette hovedmålet var det satt opp ni delmål knyttet til opprettelse av prosjektorganisasjon, geografisk organisering, informasjon om prosjektet, etablering av et tverrfaglig ressursteam, samarbeid med fastleger og spesialisthelsetjeneste, samt nettverksarbeid.

#### **3.1.1 Prosjektorganisasjon og organisering**

I begynnelsen av prosjektet ble det etablert en tverrfaglig og tverretatlig prosjektorganisasjon. Det ble vektlagt at prosjektorganisasjonen bestod av kompetente personer fra både administrativt og politisk ledelsesnivå, og fagmiljøet innen kreftomsorg og palliasjon. Prosjektorganisasjonen bestod av en styringsgruppe som har hatt hovedansvar for prosjektet med ansvar for framdrift og økonomiske rammer.

Styringsgruppen har bestått av:

- Leder: Anne Kjersti Drange, fagsjef i Pleie- og omsorgsavdeling, Askøy Kommune
- May Aasebø Hauken, instituttleder/PHD stipendiat, Betanien diakonale høgskole
- Siv Høgtun, varaordfører/ordfører i Askøy kommune
- Amy Bruvik Næss, leder for legetjenesten og stedfortreder for kommuneoverlegen, Askøy Kommune
- Ragnhild Helgesen, undervisningssykepleier i Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest

Det er gjennomført 2 møter i styringsgruppen hvert halvår, til sammen 12 møter. Prosjektleder har vært sekretær i styringsgruppen og har sammen med leder av styringsgruppen kalt inn og skrevet referat fra møtene. Tilbakemeldingen fra styringsgruppen er at prosjektet har fulgt oppsatt fremdriftsplan og holdt seg innenfor økonomiske rammer.

Prosjektgruppen har vært ledet av prosjektleder, som har hatt ansvar for daglig drift av prosjektet i henhold til prosjektbeskrivelsen.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektleder: Kreftsykepleier Tone Steinfeld, Askøy kommune (100 % stilling)
- Kreftsykepleier Anne Beth von der Fehr Olsen (40 % stilling t.o.m. 20.06.10) og sykepleier med videreutdanning i palliasjon Monica Moe (60 % f.o.m.01.07.10)
- Fastlege/medisinsk faglig rådgiver Ingvild K. Austbø, Askøy kommune
- Saksbehandler i Pleie og omsorgsavdeling, Frank Hotle (t.o.m. 14.08.10) og leder for Forvaltningsenheten Sølvi Sørebo (f.o.m.20.08.10), begge Askøy kommune
- Avdelingsleder i Pleie og omsorgsavdeling Annlaug Furnes, Askøy kommune

Det er gjennomført møter i prosjektgruppen hver måned, til sammen 29 møter.

Prosjektet knyttet til seg en rådgivende referansegruppe bestående av ressurspersoner innen ulike fagområder som har kommet med faglige innspill til prosjektet. Referansegruppen har hatt en rådgivende funksjon overfor prosjektleder og prosjektet, men ingen avgjørelsesmyndighet.

Referansegruppen har bestått av:

- Spesialsykepleier Mona Sætre, konsulent i Kreftforeningen seksjon Vest (t.o.m. desember 2011), deretter kreftsykepleier Marianne Bøe (f.o.m januar 2012)
- Mona Grindheim, kreftsykepleier i Palliativt Team, Haukeland Universitetssykehus
- Berit Krøger, fysioterapeut med palliativ videreutdanning, Askøy kommune (t.o.m juli 2010), sjef for fysioterapiavdelingen Mona Moan, Askøy kommune (f.o.m august 2010)
- Ergoterapeut Anne-Marte Hess Sweetmore, Askøy kommune (f.o.m juni 2010)
- Øyvind Haugland, rådgiver i Stabsavdeling, Askøy kommune
- Jørn Grane, konsulent innen IT-Pleie og omsorgsavdeling, Askøy kommune
- Nina Yndestad, spesialsykepleier v/Fenring legesenter/Askøy legevakt og hjemmesykepleien i Fjell kommune.
- Monica Moe, sykepleier i åpen omsorg, Askøy kommune (t.o.m juni 2010)
- Marit Virkesdal, rådgiver/økonomi, Askøy kommune (t.o.m. juni 2010), Sølvi Helen Fagerdal Karlsen, rådgiver/økonomi, Askøy kommune (f.o.m. august 2010)
- Aina Vonheim, ressursykepleier/Kleppestø sykehjem (f.o.m juli.2010)

Det er gjennomført ett møte i halvåret med referansegruppen. Fokus for disse møtene har vært informasjon om framdrift på prosjektet, der referansegruppen har fått komme med innspill og tilbakemeldinger. Prosjektleder har også gjennom prosjektet hatt ad hoc kontakt med medlemmene av ressursgruppen for rådgivning og innspill.

Jamfør prosjektbeskrivelsen delte de to spesialsykepleierne i prosjektet kommunens 6 soner i åpen omsorg mellom seg, med hovedansvar for tre soner hver. Selv om hovedansvaret for sonene har vært klart definert, har spesialsykepleierne samhandlet på tvers av sonene.

### **3.1.2 Informasjon om prosjektet**

Informasjon om prosjektet til pasienter og pårørende, samarbeidspartnere, administrativ og politisk ledelse ble spredt gjennom ulike kanaler:

For at tilbudet skulle bli kjent, ble det utarbeidet en brosjyre om tjenestetilbudet til kreftpasienter i Askøy kommune. Brosjyren beskriver tjenestetilbudet, målgruppe samt kontaktinformasjon (vedlegg 7). Brosjyren ble distribuert til alle fastlegekontor på Askøy, alle apotekene på Askøy, Kundetorget i kommunen, samt intra - og internettet til Askøy kommune og nettsiden til Kompetansesenteret i lindrande behandling Helseregion Vest. Brosjyren ble også distribuert på samarbeidsmøter med alle avdelingene på Haukeland Universitetssykehus og Sunniva Klinikk. Spesialsykepleierne har også hatt med seg brosjyrer på alle hjemmebesøk i kommunen samt alle avdelingene i åpen omsorg.

Informasjon om prosjektet ble også lagt ut på nettsidene til Askøy kommune ([www.askoy.kommune.no](http://www.askoy.kommune.no)) og Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest (<http://www.helsebergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/enhet.aspx>).

Til sammen ble det informert om prosjektet ved 24 ulike sammenhenger for til sammen 249 personer. Tabell 1 viser type fora og antall som var til stede.

Tabell: Informasjon i prosjektet, type fora og antall som var til stede.

<b>TYPE FORA</b>	<b>FOR HVEM</b>	<b>ANTALL</b>
<b>Oppstartseminaret</b>	Prosjektorganisasjonen og aktuelle samarbeidsaktører	32
<b>Oppstartmøte, palliativ gruppe på Kleppstø sykehjem</b>	Medlemmer i gruppen	6
<b>Internundervisning</b>	Ansatte i Pleie og omsorg	27
<b>Møte i Fagforbundet</b>	Pensjonist/uføregruppe	30
<b>Prosjektledersamling</b>	Prosjektleder m/adm.leder	11
<b>Møte i Eldrerådet</b>	Rådets medlemmer	7
<b>Temasamling</b>	Helsefagarbeiderlærlinger	13
<b>Møte i Kreftforeningen</b>	Åpent møte	8
<b>Møte i psykiatriavdelingen</b>	Ansatte	10
<b>Utvalg for oppvekst og levekår</b>	Utvalgsrepresentanter	20
<b>Norsk Sykepleierforbund</b>	Medlemmer lokalt og fylke	9
<b>Strusshamn legekontor</b>	Leger og legesekretærer	4
<b>Fenring legekontor</b>	Ansatte ved legekontor/Askøy legevakt	13
<b>Fromreide legesenter</b>	Ansatte	3
<b>Florvåg legesenter</b>	Leger, legesekretærer, fysioterapeut, psykolog	6
<b>Strand legesenter</b>	Leger og legesekretærer	5
<b>Kleppstø legekontor</b>	Leger og legesekretærer	4
<b>Forvaltningen</b>	Saksbehandlere	8
<b>Samhandlingssamtale</b>	Eldrepsykolog	1
<b>Informasjonsmøte om fremdrift</b>	Rådmann og Økonomikonsulent	2
<b>Møte med Kreftforeningen</b>	Ansatte fra Bergen, Trondheim og Oslo	10
<b>Møte med Folkehelsekoordinator</b>	Folkehelsekoordinator og systemkoordinator for IP	2
<b>Utvalg for oppvekst og levekår</b>	Nyvalgte politikere	11
<b>Møte i Eldrerådet i Askøy kommune</b>	Nyvalgte medlemmer	7
<b>Til sammen</b>		<b>249</b>

I tillegg til ovennevnte fora er prosjektet også blitt omtalt i til sammen 22 medieoppslag både gjennom lokalavis på Askøy, medlemsblad i Norsk Sykepleierforbund, artikler på kommunens hjemmesider og nyhetsbrev fra nasjonale konferanser.



### 3.1.3 Tverrfaglig ressursteam

Jamfør prosjektbeskrivelsen ble det opprettet et tverrfaglig og tverretatlig ressursteam innen kreftomsorg og palliasjon. Teamet ble opprettet den 7. september 2010. Hensikten med ressursteamet var å være pilot for økt samhandling og oppbygging av et tettere kontaktnett både innen egne fagmiljøer og med andre, samt spre kunnskaper om emnet.

Ressursteamet som ble oppnevnt var:

- Ingvil Austbø, fastlege og medlem av prosjektgruppen
- Monica Moe, sykepleier med palliativ videreutdanning og medlem av prosjektet
- Frank Holte, saksbehandler for Pleie- og omsorgsavdeling og medlem av prosjektgruppen
- Liv Furuvold, representant fra NAV/pårørenderepresentant
- Christian Aarø, psykiatrisk sykepleier
- Jannicke Hana Monstad, diakon
- Egil Hjortland, prest
- Anita Furnes Himle, helsesøster
- Mona Moan, leder for fysio-/ergoterapi- og servicetjenesten i Askøy kommune
- Tone Steinfeld, kreftsykepleier og prosjektleder

Ressursteamet har hatt møter 2 ganger i halvåret, til sammen 8 ganger.

Det ble gjennomført fokusgruppeintervju med ressursteamet. Analysene av dette fokusgruppeintervjuet avdekket fem hovedtema knyttet til effekten av prosjektet og ressursteamet:

#### 1. Bedre og økt tverrfaglig samarbeid:

Deltakerne mente at de både gjennom gruppen og deltakelse i prosjektet har fått et større og bedre tverrfaglig samarbeid på tvers av gruppens medlemmer og de ulike avdelingene.

Dette illustreres av følgende utsagn:

- *«Det er blitt et bedre samarbeid. Dette merker vi på fysio- og ergoterapi og kreftsykepleiere... »*
- *”Fått en følelse av at jeg må tenke litt videre og ikke så snevert. Jeg tror det er bra, ikke minst for pasientene sin del”*

- *”Jeg tenker at vi innenfor hvert vårt fagområde er blitt klar over de andre fagområdene og viktigheten av det tverrfaglige”.*

## 2. Større kjennskap til hverandre og hverandres kompetanse og fagområder:

Deltakerne hevdet at de gjennom jevnlig møter har fått større kjennskap til hverandre som personer, kompetanse og fagområder. Dette medførte at terskelen for å ta kontakt med hverandre er blitt lavere. Dette illustreres med følgende utsagn:

- *”Nå kjenner vi jo til hverandre, så er det noen ting vi lurer på så sender man en mail eller tar en telefon. Terskelen er blitt mye lavere for å ta kontakt. Man har jo fått veldig fokus på kreftpasienter (i) hele organisasjonen, hvis man tenker på de som jobber med pasienter”.*
- *”De andre har jeg visst mer om enn NAV... Jeg hadde en pasient som sa at det viktigste er det som skjer med min kones økonomi når jeg ikke er her lengre. Det da og sluse ned den pårørende til en saksbehandler for NAV for å få trygghet i at dette skal gå bra. Det tenker jeg er en utrolig vinning i forhold til hva ressursteamet har gitt. Og vi er knyttet mye tettere i og med at vi er blitt kjent med hverandre. Det har hatt mye mer nytteverdi i forhold til det tjenestetilbudet enn hva jeg tenkte i utgangspunktet”.*

Fokusgruppeintervjuet synliggjorde også at tidligere, gjerne negative oppfatninger av hverandres fagområder er blitt utfordret, at de har fått en større forståelse både av kompetanseområde, og hva den enkelte aktøren kan bidra med i en sykdomsprosess. Følgende utsagn illustrerer dette:

- *”Det er godt å jobbe tverrfaglig. Alle har sine ting å komme med. ....Jeg tror også at man får avlivet en del myter. Som hun fra NAV, hun forklarer litt om sin arbeidshverdag, så er det en motvekt i forhold til det media framstiller og publikum tar til seg”.*

## 3. Økt kunnskap:

Deltakerne uttrykte at de gjennom gruppen har fått mer kunnskap om det totale tjenestetilbudet, aktuelle virkemidler og tiltak som for eksempel hjelpemidler, pleiepenger

og individuell plan. Dette har medført at de har følt seg mer kompetente, at de lettere kan informere pasienter og pårørende om ulike tjenestetilbud innen kreftomsorg. Dette illustreres med følgende utsagn:

- *”Men det er satt et ekstra fokus i gruppen og det vi snakker om her tar jeg med meg tilbake. Det er jo ting vi har visst mye om tidligere, men nytt påfyll er jo alltid godt. Man setter fokus på det man tørr å spørre... man tør å ta det opp når man jobber».*
- *”Jeg har lært mye av de andre. Pleiepenger for eksempel. Når jeg snakker med mine pasienter, så kan jeg fortelle om det hvis de ikke vet det”.*

#### **4. Tidligere intervensjon:**

I fokusgruppeintervjuet kom det tydelig fram at deltakerne opplevde at de i prosjektperioden har fått flere henvendelser fra åpen omsorg, og også blir trukket tidligere inn i sykdomsforløpene. De hevdet at dette er helt avgjørende for tryggheten til pasienten, samtidig som dette både kunne forebygge og avverge mange unødvendige problemstillinger. De opplevde også at de blir brukt på andre områder enn tidligere, for eksempel at fysio/ergo- og service tjenesten ikke bare blir brukt til å skaffe tekniske hjelpemidler, men også i.f.t symptomlindring og å opprettholde funksjon. Følgende utsagn illustrerer dette:

- *”Vi har fått flere og de henvendelsene vi får, kommer mye tidligere. Vi opplevde tidligere at vi sjeldent fikk tidlig beskjed.. Vi tenkte mer på fysio og ergo som hjelpemiddelformidlere enn at vi faktisk driver med trening, og hvordan man bruker de ressursene man har til å gjøre de tingene man ønsker og hvordan man kan spare på kreftene på andre områder”.*
- *”For kommer vi tidligere inn kan vi avverge veldig mye. Man skaper trygghet, og man har bedre tid på seg til å søke om de rette hjelpemidlene. Kommer man inn sent i en fase der hjelpemidlene skal komme der, og da er vi kanskje allerede bakpå...”*
- *”Jeg tenker at de får en mer helhetlig omsorg, og at det er det de har bruk for når de er inne i en slik sykdomsperiode”.*

## 5. Utfordring framover:

Gruppen så imidlertid flere forbedringsområder knyttet til kreftomsorg og lindrende behandling i kommunen: Ett område for ytterligere forbedring mente gruppen særlig gjaldt samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Følgende utsagn illustrerer dette:

- *”Vi er gode hver for oss, men vi kan bli bedre på samhandling”.*

Gruppen mente videre at prosjektet var meget vellykket sett opp mot kreftpasienter, og at modellen også kan ha overføringsverdi til andre pasientgrupper. Dette mente gruppen ikke var oppnådd ennå, selv om de samme prinsippene kan brukes til andre pasientgrupper. Følgende utsagn illustrerer dette:

- *”Jeg tenker det at vi er nødt til og utvidet det med tilsvarende diagnosegrupper. Ellers så blir det et slikt A og B lag, er jeg redd for”.*

Ressursgruppen var også en sentral aktør i utarbeidelsen av ”Handlingsplan for kreftomsorg og lindrende behandling i Askøy kommune”.

### 3.1.4 Etablering av tverrfaglig og tverretattlig samarbeid

Et uttalt delmål i prosjektet var å etablere et samarbeid med fastlegene i kommunen. I oppstarten av prosjektet var både prosjektleder og lege i prosjektgruppen på lunsjmøter på samtlige legekantor i kommunen. Det ble gjennomført møter på 6 legekantor med til sammen 35 personer. På disse møtene ble det informert og delt ut brosjyrer om prosjektet, samt brosjyrer til pasienter og pårørende. Hjelpepersonellet ble også invitert til disse møtene siden de oftest er de første som treffer pasientene. Siden ESAS skulle implementeres i prosjektet, fikk samtlige leger undervisning i ESAS fra legen i prosjektet.

På disse møtene ble legene også bedt om å komme med innspill på hvordan de ønsket å samhandle om pasienter. Et sentralt innspill fra legene var at de ønsket å forholde seg til en hovedkontaktperson i hvert pasientforløp. Dette ble videreformidlet på møter i åpen omsorg, og som følge av dette er det tilstrebet å ha en kontaktperson i hvert pasientforløp.

Gjennom prosjektperioden har en hatt jevnlig kontakt med samtlige legekantor, og fastlege er blitt involvert aktivt i aktuelle pasientforløp. Gjennom prosjektet har en sett en økning i felles

hjemmebesøk hos pasienter der både lege, åpen omsorg og/eller kreftsykepleier har deltatt (se kapittel 3.2).

Ved prosjektets avslutning ble det foretatt en evalueringsrunde av prosjektet på fem av de seks legekontorene. Hovedfunnene fra disse evalueringssamtalene var som følger:

### **1. Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende:**

Legene fortalte at de har fått positive tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, der prosjektet ble opplevd som nyttig. Følgende utsagn illustrerer dette:

- *”Dette er et arbeid som vi ser nytte av. Dere får gode tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende. De skryter av det arbeidet som dere gjør”.*

### **2. Nytteverdi av samhandling i praksis:**

Legene var tydelige på at de ser nytte av prosjektet og denne måten å samhandle på. Flere gav uttrykk for at dette er en ny måte å jobbe på for dem, men at det ble erfart som meget nyttig. Flere utsagn illustrerer dette:

- *”Dette har vært ryddig... en korrekt måte å kommunisere på!”*
- *”Dette er jo samhandling i praksis»*
- *”De felles pasientforløpene har vært et givende arbeid. Det har gått på skinner. Til tross for at det har vært triste skjebner, så har det vært gøy”*
- *”Jeg har i grunnen ikke brukt deres tjenester før inntil for en stund siden, men etter at vi har hatt en del felles hjemmebesøk, har jeg sett nytten av å samhandle med dere”.*

### **3. Behov for mer kunnskap:**

I disse evalueringsmøtene kom det også tydelig fram at legene så klare behov for mer kunnskap innen palliasjon. Flere opplevde usikkerhet knyttet til egen kompetanse på dette området og etterlyste mer undervisning. Følgende utsagn illustrerer dette:

- *”Vi savner kurs og undervisning om dette som omhandler palliasjon. Ved oppstart (av prosjektet) prioriterte vi ikke dette fagfeltet, men interessen har økt i takt med*

*prosjektets framdrift. Det kunne for eksempel vært en internundervising for fastlegene i kommunen..”*

#### **4. Veien videre:**

Evalueringen viser at legene var meget fornøyde med den økte samhandlingen som følge av prosjektet. De hadde ingen spesifikke ønsker om endring, men ønsket å fortsette samarbeidet i samme spor. Følgende utsagn illustrerer dette:

- *”Vi er fornøyde med dere, og dere er fornøyde med oss. Vi fortsetter i samme spor!*
- *”Hvis JEG nærmer meg, så er jeg sikker på at jeg skal være (dø) hjemme!”.*

## **3.2 Hovedmål 2: At kreftsykepleierne gjennom direkte pasientkontakt får kartlagt kreftpasientenes behov for oppfølging og omsorg**

For å oppnå hovedmål to i prosjektet ble det etablert seks delmål som omhandlet informasjon om prosjektet (se kapittel 3.1.2), at kreftpasienter får tilbud om hjemmebesøk og kartlegging, plan for oppfølging og samhandling, bruk av hjelpemidler som individuell plan og ESAS samt spesialsykepleiernes funksjon som rollemodell. I dette kapitlet presenteres først tilbudet om hjemmebesøk, deretter en oversikt over den direkte pasientkontakten i prosjektet, bruk av individuell plan og ESAS, samhandling om kreftpasientene, og til slutt en evaluering av den direkte pasientkontakten fra ulike instanser.

### **3.2.1 Tilbud om hjemmebesøk og kartlegging ved kreftsykepleier**

Et uttalt delmål var at alle kreftpasientene i Askøy kommune som ønsket det, skulle få tilbud om hjemmebesøk og kartlegging ved kreftsykepleier. Som en følge av dette delmålet, ble det i samarbeid med Forvaltningsenheten i Askøy kommune utarbeidet en rutine for vedtak om kreftsykepleietjeneste (vedlegg 3). Dette innebærer at tilbud om kreftsykepleie ble et forvaltningsvedtak som gjør det mulig å ha en oversikt over hvilke pasienter som har fått oppfølging av spesialsykepleier innen kreftomsorg og lindrende behandling. Til sammen fikk 83 personer formelt vedtak om oppfølging av kreftsykepleietjenesten.

### **3.2.2 Direkte pasientkontakt**

Angående direkte pasientkontakt har en i prosjektperioden mottatt totalt 342 henvendelser. Av disse har prosjektet totalt fulgt opp 106 pasienter (55 kvinner, 51 menn). Pasientene har vært i alderen 5 til over 90 år. Aldersfordelingen er vist tabell 1:

*Tabell 1: Aldersfordeling av pasienter i prosjektperioden*

<b>Alder</b>	<b>Antall</b>
0-20	3
20-40	2
40-60	16
60-80	51
80+	34
<b>Til sammen</b>	<b>106</b>

De fleste henvendelsene kom fra hjemmesykepleien i kommunen, men også fra pasient og pårørende selv, sykehus og fastlege. Hvor henvendelsen kom fra, er nærmere beskrevet i tabell 2:

*Tabell 2: Henvendelsesinstans*

<b>HENVENDELSE FRA</b>	<b>ANTALL</b>
<i>Fra hjemmesykepleien</i>	105
<i>Fra sykehus</i>	29
<i>Fra fastlege</i>	16
<i>Fra pasient</i>	79
<i>Fra pårørende</i>	57
<i>Fra saksbehandler/Forvaltningen</i>	14
<i>Fra fysio/ergo/service avdeling</i>	6
<i>Fra helsesøster</i>	1
<i>Fra Kleppestø sykehjem</i>	4
<i>Fra psykiatrisk sykepleier</i>	2
<i>Fra Kreftforeningen</i>	2
<i>Fra Sunniva klinikk, uteteam</i>	2
<b><i>Til sammen</i></b>	<b>317</b>

I prosjektet ble også årsak til henvendelse til kreftsykepleietjenesten registrert. I 130 av henvendelsen gjaldt det behov for å kartlegge pasientens situasjon, tilrettelegge og koordinere det totale tjenestetilbudet. Hjelp til symptomlindring var også en hyppig henvendelsesgrunn med totalt 100 henvendelser. Ved noen henvendelser var det flere grunner for kontakten. Alle henvendelsesgrunnene er vist i tabell 3:

*Tabell 3: Henvendelsesgrunn til kreftsykepleietjenesten*

<b>HENVENDELSESGRUNN</b>	<b>ANTALL</b>
<i>Symptomlindring: Smerter, kvalme, obstipasjon, tretthet, nedstemthet, tung pust, nedsatt matlyst, angst, terminal uro</i>	100
<i>Kartlegging/tilrettelegging/knytte kontakt/koordinere tjenester</i>	130
<i>Oppfølging</i>	46
<i>Rådgivning, rettigheter/økonomi</i>	27
<i>Samtale/emosjonell støtte</i>	40
<b><i>Til sammen</i></b>	<b>343</b>



I prosjektperioden har det vært gjennomført totalt 262 hjemmebesøk. I de fleste tilfellene hadde kreftsykepleier med seg andre aktuelle aktører: Pårørende har vært med på 181, hjemmesykepleien har vært med på 148, og fastlege har vært med på 40 hjemmebesøk. Tabell 4 viser en oversikt over hvem kreftsykepleietjenesten har deltatt i hjemmebesøk sammen med.

*Tabell 4: Hjemmebesøk sammen med*

<b>SAMARBEIDSPARTNER</b>	<b>ANTALL HJEMMEBESØK</b>
<i>Fastlege</i>	40
<i>Tilsynslege på sykehjem</i>	2
<i>Saksbehandler i forvaltningsenheten</i>	33
<i>Pårørende</i>	181
<i>Hjemmesykepleie/primærkontakt</i>	148
<i>Sunniva klinikk, uteteam</i>	14
<i>Fysio/ergo/service avdelingen</i>	9
<i>Sykepleier på sykehjem</i>	11
<i>Sykepleierstudent</i>	11
<i>Lærer</i>	2
<i>Kreftforeningen</i>	3

I snitt hadde hver kreftpasient i prosjektet 3,4 hjemmebesøk med en variasjon fra 1-18. I den direkte pasientomsorgen har spesialsykepleierne fungert som koordinator i ressursteamet og trukket de forskjellige aktørene inn ut fra den enkelte pasienten og pårørendes individuelle behov.

Av de 83 pasientene som fikk vedtak om kreftsykepleie, døde 55 pasienter i prosjektperioden. Av disse døde 25 pasienter (45 %) hjemme, 21 døde på sykehus (38 %) og 9 døde på sykehjem (16 %).

### **3.2.3 Bruk av individuell plan og ESAS**

Et klart delmål i prosjektet var også å stimulere til økt bruk av individuell plan (IP) for de pasientene som hadde behov for langvarige og koordinerte tjenester. I prosjektet ble malen for IP til Kompetansesenter i lindrende behandling i Helseregion vest brukt (<http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/individuell-plan.aspx>). I prosjektperioden ble det opprettet 18 individuelle planer. I tillegg ble 7 pasienter tilbudt individuell plan, men takket nei.

ESAS symptomregistreringsskjema er et anerkjent og viktig instrument innen kreftomsorg og lindrende behandling. Det har derfor vært et essensielt delmål å innføre og bruke ESAS til aktuelle

kreftpasienter i åpen omsorg, og at helsepersonell innser verdien av skjemaet for å gi kvalitativt god pleie og omsorg til hver enkelt kreftpasient. I prosjektperioden ble ESAS skjemaet brukt totalt 160 ganger. I de fleste av disse tilfellene, har fastlegen i etterkant fått en kopi av det utfylte ESAS skjemaet, der dette også har fungert som et kommunikasjonsverktøy mellom lege og pleiepersonell for å oppnå maksimal symptomlindring for felles pasienter.

I prosjektperioden har spesialsykepleierne bevisst introdusert både IP og ESAS ved å inkludere hjemmesykepleien i oppfølging av kreftpasientene der hjemmesykepleierne ble brukt som spesifikke redskaper både i kommunikasjon og oppfølging. På denne måten har spesialsykepleierne også fungert som rådgivere og rollemodeller.

### **3.2.4 Samhandling på tvers av nivåer og enheter knyttet til kreftpasienter**

Et annet delmål i prosjektet var å etablere et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten vedrørende kreftpasienter. Dette ble gjort på ulike måter og gjennom ulike fora: Representanter fra spesialisthelsetjenesten har vært med i prosjektorganisasjonen, bl.a. representant fra Palliativt team og Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest. Representanter fra spesialisthelsetjenesten ble også invitert og deltok på prosjektets oppstartsseminar og fikk dermed informasjon og kjennskap til prosjektet.

Gjennom prosjektperioden har det vært oppfordret til felles samarbeidsmøter mellom kreftsykepleier og andre aktuelle aktører fra kommunen og lege/sykepleier på aktuell sykehusavdeling. Det har til sammen vært gjennomført 28 slike samarbeidsmøter på sykehus. På disse møtene ble det også informert og gitt brosjyrer om prosjektet, samt brosjyrer til aktuelle pasienter.

Det har vært gjennomført 14 felles hjemmebesøk mellom helsepersonell i kommunen og representanter fra spesialisthelsetjenesten. I disse tilfellene har det i hovedsak vært Sunniva klinikk, uteteamet. Videre har spesialisthelsetjenesten også kommet med 31 førstegangshenvendelser.

Vi erfarer at det som følge av prosjektet har vært økt samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten knyttet til ulike undervisningsoppdrag.

Askøy kommune har en samarbeidsavtale knyttet til Nettverk av ressurspsykepleiere i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Bergen foretaksområde. Kommunen har til sammen 4 ressurspsykepleiere som representerer både åpen omsorg og institusjon. Prosjektleder er dessuten medlem i driftsgruppen i nettverket og fungerer som en av to ledere i nettverksgruppe vest, bestående av kommunene Askøy, Fjell, Sund, Øygarden og representanter fra Helse Bergen. I prosjektperioden har Askøy kommune hatt en meget aktiv deltakelse i nettverket. I prosjektperioden har det vært 8 møter i nettverksgruppe Vest, 4 fellesmøter og 10 møter i driftsgruppen. Alle disse møtepunktene representerer arenaer for samhandling og nettverksbygging.

### 3.2.5 Evaluering av den direkte pasientomsorgen

I tillegg til ovennevnte registreringer av den direkte pasientkontakten, ble det gjennomført fokusgruppeintervju med pårørende, ressursteamet, prosjektgruppen, referansegruppen og avdelingslederne i hjemmebaserte tjenester. Analyser av disse intervjuene synliggjorde fire hovedtema som er sentrale i den direkte pasientkontakten; tidlig intervensjon, økt trygghet, organisering og hjelpemidler. Fokusgruppeintervjuet av ressursteamet (kap.3.1.3) og evalueringen fra fastlegene (kap.3.1.4), viser at også de kom inn på noen av de samme temaene. I det følgende utdypes disse temaene:

#### 1. Tidlig intervensjon:

Det kom tydelig fram både fra lederne, de pårørende, prosjektorganisasjonen og ressursteamet at tidligere intervensjon var et viktig og positivt resultat av prosjektet. Det å komme tidlig inn i sykdomsforløpet, bli godt kjent og avklare forventninger, har medført at sykdomsforløpet og omsorgen lettere kunne planlegges, tilrettelegges og gjennomføres på en god måte. Følgende utsagn illustrerer dette:

Lederne:

- *”Pasientene meldes og de (ansatte i åpen omsorg) er blitt bedre til å tenke og planlegge i forkant”*
- *”Det er skrevet om prosjektet i avisen og pasienter og deres pårørende føler seg trygge ved at de vet at kommunen har et tilbud”*
- *”Vi er blitt bedre til å ha pasientene hjemme helt til slutten og for eksempel medikamentskrinet kommer tidligere på plass”.*

Pårørende:

- *”Hun kalte inn til møte med saksbehandlerne. De satt hjemme hos oss og gikk gjennom våres rettigheter og hva vi trengte og satte i gang umiddelbart. Det kom som en ”flying start, det var ikke noe om og men...”*

Prosjektorganisasjonen:

- *”Vi får meldt pasienter som før ikke hadde hatt et tilbud. De hadde hatt fastlegene, men vi får meldt de fra sykehuset at de trenger en samtale, er redde for behandling, hva den medfører. Disse hadde ikke hatt et tilbud fra Askøy kommune før”.*

## **2. Økt trygghet:**

Et annet hovedmoment tilknyttet den direkte pasientkontakten, var økt trygghet. Fra lederne kom det tydelig fram at de erfarte at prosjektet hadde medført økt trygghet både hos den enkelte ansatte og dermed også hos pasienter og deres pårørende. Denne tryggheten var relatert til flere faktorer. For det første var økt trygghet relatert til at personalet visste hvem de kunne kontakte for å få råd og veiledning i vanskelige pasientsituasjoner. Videre opplevde de også en økt trygghet gjennom den økte kompetansen de hadde tilegnet seg via prosjektgruppens faste lunsjmøter med avdelingene, kreftmappen, veiledning og temadagene. Det kom også fram at de avdelingene som hadde hatt få kreftpasienter, syntes det var spesielt godt med støtten prosjektet hadde gitt. Videre opplevde lederne at erfaringene og kompetansen relatert til kreftpasientene, var overførbar til andre pasientgrupper og dermed ikke en eksklusiv kompetanse, eller tilbud som bare kom kreftpasientene og deres pårørende til gode. Følgende utsagn illustrer dette:

Lederne:

- *”Det er trygt å ha prosjektet i ryggen. Det er skapt trygghet for de ansatte og en stolthet over hva vi får til. Alle avdelingene har vokst på dette, spesielt sykepleierne”.*
- *”Det har skjedd en holdningsendring fra å være redd til å ta i mot denne pasientgruppen til at denne pasientgruppen er spennende og utfordrende. Dette arbeidet er viktig og kjekt”.*

For pårørende var også økt trygghet et nøkkeltema. Tryggheten var også her relatert til flere

faktorer. For det første var den økte tryggheten relatert til det å få tak i kvalifisert personale ved behov, få rask tilbakemelding på aktuelle spørsmål og ha noen å diskutere og snakke med.

- *”Det at man hadde kontakt med prosjektet gjorde at man ble veldig trygg. Man visste utmerket godt at man fikk fatt i folk, du visste at de stod på hvis det var noe...”*

Tryggheten var også relatert til koordinering av tjenestetilbudet, der pårørende hadde opplevd at for eksempel NAV, Sunniva klinikk og Kreftforeningen var blitt involvert. Videre påpekte flere pårørende også at de gjennom prosjektet hadde fått bistand i sin kontakt og opplevde utfordringer med spesialisthelsetjenesten.

- *”Prosjektet satt oss også i kontakt med Kreftforeningen i Bergen. Det er også en viktig brikke i en tid som dette her. De tok også hjemmebesøk hos oss, sammen med sosionom blant annet.”*
- *”Jeg tror at det vi fikk på sykehuset, kom av at de i prosjektet stod på.... Det er ikke alle som er like frampå og redde for å kreve. Det er mange som ikke tør og bare godtar”*

Et annet element i den opplevde tryggheten var relatert til at de merket fort om pleiepersonalet hadde kompetanse og var trygge i sin yrkesutførelse, for eksempel tekniske prosedyrer og symptomlindring.

- *”Staben som kom må jeg bare beskrive som veldig solide. De var trygge og visste hva de gjorde, og derfor merket vi så godt når det kom andre....”*
- *”Sånn som hun hadde et nyrekateter som er veldig spesielt å skifte på og kunne ramle ut. Hun hadde litt angst og var redd for at det skulle gjøre vondt. Når disse faste kom som virkelig kunne det, så ble det en helt avslappet stemning og det gikk helt fint. Men kom det noen som var usikre, så ble det litt usikre hender. Og da var det ikke så greit lengre...”*

Trygghet i livets slutfase handlet også om fysisk tilstedeværelse og tilgjengelighet. De pårørende uttrykte at tryggheten var tett knyttet opp til pasientens opplevelse av verdighet og varhet for deres individuelle situasjon og behov. Her kom det fram eksempler på negative erfaringer som for eksempel det å bli konfrontert med døden av helsepersonell uten å ville snakke om det. Videre kom det fram at de pårørende også opplevde at annet helsepersonell, for eksempel fastlegen, hadde fått en større trygghet som følge av prosjektet.

- *«Jeg opplevde at fastlegen følte seg mer trygg når vi hadde kontakt med dette prosjektet. Det var veldig positivt og han stolte veldig på dem»*

Flere av de pårørende hadde erfart at deres kjære døde hjemme, og påpekte at tryggheten var en forutsetning for den gode prosessen dette ble.

- *”Jeg synes det er rart at ikke flere velger den løsningen (hjemmedød). Folk er redd og vet ikke helt hva de går til. Det er ikke så vanlig å avslutte hjemme. Man kommer liksom på sykehus og så avslutter man der. Men det er jo så upersonlig i forhold. Det er jo så mye kjekkere å kunne gjøre det hjemme og tryggere både for pasienten og de som er rundt”.*  
*”Jeg må bare si at jeg håper dette prosjektet blir varig”.*

### **3. Organisering og samarbeid:**

I fokusgruppeintervjuene kom det fram at ett resultat av prosjektet var at organiseringen rundt kreftpasientene, var blitt endret og dermed forbedret. Dette omhandlet blant annet opprettelse av primærkontakter for å begrense antall personer som går hjem til pasientene, og at det nå er et mål å ha en ressursperson med spesialkompetanse innen kreftomsorg og lindrende behandling på hver avdeling.

Det kom også tydelig fram at prioritering av utskrivingsmøter fra både spesialisthelsetjeneste og sykehjem, er viktige faktorer for å oppnå det sømløse pasientforløpet. Videre så de nytten og nødvendigheten av samarbeidet med fastlegene som de opplevde hadde blitt bedre, selv om det enda gjenstod litt på dette området. Følgende utsagn illustrerer dette:

- *”Vi er nå blitt bedre til å velge primærkontakt og eventuelt sekundærkontakt, og vi prøver å begrense antall personer som går hjem til pasientene”*
- *”Det er blitt et bedre samarbeid med fastlegene, men her er det fortsatt et stykke vei å gå”.*
- *”Jeg tror at hjemmesykepleien jobber nå mer i system. Vi vet viktigheten av forarbeid, vi vil sikre god informasjonsflyt der pasienten blir utskrevet. Vi kontakter og informerer fastlegen, når pasienten er i kommunen. Pasienten får en primærkontakt. Det er et system som er laget i lys av prosjektet”.*

#### 4. Hjelpemidler:

Lederne understreket også at bruk av hjelpemidler som ESAS og Individuell plan (IP) har hatt betydning for den direkte pasientkontakten, kvaliteten av tjenestetilbudet og det tverrfaglige samarbeidet. De hevdet at ESAS er godt implementert, men at IP oppleves som vanskeligere å bruke. Følgende utsagn illustrer dette:

- *”ESAS er i bruk, men IP er litt vanskeligere å bruke”*
- *”ESAS - skjemaet gjør det lettere å argumentere for pasientenes symptomer opp mot fastlegene”*
- *”IP er nyttig. Vi har gode erfaringer i de lange forløpene der mange aktører er inne”.*

### **3.3 Hevet kvalitet gjennom planmessig opplæring og veiledning av helsepersonell**

Dette hovedmålet skulle oppnås gjennom jevnlige møter med de seks avdelingene i hjemmebasert omsorg med veiledning, internundervisning samt planmessig kompetanseheving. I det følgende presenteres dette separat.

#### **3.3.1 Veiledning av helsepersonell**

I veiledning av helsepersonell ble det gjort flere tiltak. Det ble laget en mappe som ble lagt på kommunens internettside og som ble delt ut på alle avdelingene. Mappen inneholdt:

- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorg
- Prosjektbeskrivelsen
- Informasjon om bruk av ESAS, ESAS-skjema, grafisk oversikt over registrerte symptomer, smertekart og sekundærobserverasjonsskjema
- Veileder for rekvisisjon og bruk av Medikamentskrin for symptomlindring i livets slutfase
- Brosjyrer for kreftomsorg i Askøy kommune til samarbeidspartnere og til pasient/pårørende
- Individuell plan med forenklet mal fra nettsiden til Kompetansesenteret i lindrang behandling
- Informasjon om pleiepengene
- Ulla Sørderstrøm: Når livet går mot slutten - hefte utgitt av Kirkens Bymisjon

I starten av prosjektperioden hadde spesialsykepleierne jevnlige møter med den enkelte avdelingen annen hver måned. Etter hvert som prosjektet skred fram, ble samhandling, veiledning og undervisning i hovedsak knyttet til de enkelte pasientforløpene. Det ble også gitt internundervisning i de enkelte temaene i mappen. I tillegg kom de ansatte med egne problemstillinger på møtene som de ønsket å diskutere. På møtene ble alle hjemmehjelpere, fagarbeidere, sykepleiere og leder som var tilknyttet den enkelte avdeling, invitert.

I tillegg til disse møtene fikk spesialsykepleierne i prosjektet 189 forespørsler om veiledning. Av disse kom 138 forespørsler fra hjemmebaserte tjenester, men også andre instanser som helsesøster, forvaltningsenhet, skole, sykehjem og fastlege tok kontakt for veiledning. Tabell 5 viser antall henvendelser og hvor de kom fra:



Tabell 5: Henvendelser for veiledning

<b>HENVENDELSE FRA</b>	<b>ANTALL</b>
<i>Hjemmebaserte tjenester</i>	138
<i>Forvaltningsenheten</i>	5
<i>Helsesøster</i>	5
<i>Familierådgiver</i>	2
<i>Fysio/ergo/service avd.</i>	3
<i>Barneskole</i>	4
<i>Tannlegeklinikken</i>	1
<i>Fastlege</i>	3
<i>Kleppestø sykehjem</i>	4
<i>Kreftforeningen</i>	2
<i>Kreftsykepleiere fra andre kommuner</i>	2
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	4
<i>Annet</i>	8
<b><i>Til sammen</i></b>	<b>189</b>

Henvendelsene kom fra ulike yrkesgrupper, men det var flest sykepleiere som hadde behov for veiledning. Tabell 6 viser en oversikt over de ulike yrkesgruppene som henvendte seg for å få veiledning:

Tabell 6: Henvendelse fra ulike yrkesgrupper

<b>YRKESGRUPPE</b>	<b>ANTALL</b>
<i>Sykepleier</i>	122
<i>Spesialsykepleier</i>	17
<i>Faglig leder</i>	5
<i>Avdelingsleder</i>	13
<i>Lege</i>	7
<i>Helsesøster</i>	5
<i>Inspektør, skole</i>	1
<i>Spesialpedagog</i>	3
<i>Vernepleier</i>	4
<i>Fysioterapeut</i>	1
<i>Ergoterapeut</i>	1
<i>Tannlege</i>	1
<i>Saksbehandler</i>	3
<i>Andre</i>	6
<b><i>Til sammen</i></b>	<b>189</b>

De fleste henvendelsene kom via telefon (156), via personlig henvendelser (31), men færre på internmelding eller mail (7). De fleste henvendelsene gjaldt rådgiving og undervisning om

enkeltema, samt råd og veiledning knyttet til symptomlindring. Tabell 7 gir en oversikt over de ulike problemstillingene som lå til grunn for ønske om veiledning:

*Tabell 7: Henvendelsesgrunn for veiledning*

<b>PROBLEMSTILLING</b>	<b>ANTALL</b>
<i>Veiledning og undervisning tilknyttet enkelttema (pleiepengar, økonomi, acitesdren, sc. infusjonspumpe, veneport, etterlattformarbeid, prosjektarbeid)</i>	66
<i>Veiledning tilknyttet symptomlindring og bruk av medikamentskrin ved livets slutfase</i>	64
<i>Tilrettelegging og koordinering, planlegging av tjenestetilbud</i>	31
<i>Veiledning ved IP</i>	16
<i>Oppfølging av enkeltsaker</i>	9
<i>Andre</i>	3
<b>Totalt</b>	<b>189</b>

### 3.3.2 Planmessig kompetanseheving

Et sentralt mål i prosjektet var å heve kompetansen innen kreftomsorg og lindrende behandling til helsepersonell i kommunen gjennom planlagte temadager. I prosjektperioden ble det derfor arrangert totalt 6 temadager med ulike tema der til sammen 501 deltakere deltok.

For å nå flest mulige helsepersonell, ble temadagene organisert som ½ dags kurs som startet med lunsj kl. 12.00 og varte gjennomsnittlig tre timer. Kursene ble arrangert i ulike sentrale lokaler som kunne romme mellom 80-200 deltakere, deriblant 2 kirker.

Temadagene ble markedsført gjennom informasjon via kommunens intra- og internettside. Det ble også sendt ut invitasjon til alt helsepersonell i pleie- og omsorg både innad i kommunen og til samarbeidskommunene Fjell, Sund og Øygarden og samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten. Lokal media ble også invitert for dekke temadagene, og kom på 3 av 6 temadager.

Temadagene ble arrangert i samarbeid med andre aktører innen fagområdet som Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, Betanien diakonale høgskole, Helseregion Vest og Kreftforeningen.

Alle deltakerne fikk kursbevis. Temadag 2, 3, 4 og 5 ble godkjent av Den Norske Legeforening som valgfritt kurs for leger under spesialisering og for spesialistenes etterutdanning med 8/7 timer i allmennmedisin, Norsk Sykepleierforbund som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleier med 7/5 timer og Norsk Fysioterapeutforbund som spesifikk etterutdanning/spesialistoppbygging med 7 timer. I tillegg ble temadag 4 og 5 godkjent av Norsk Ergoterapiforbund med 7 timer som generelt kurs meritterende til ergoterapispesialist og av Fagforbundet med 7 timer som generelt kurs.

På 3 av temadagene har stortingsrepresentanter deltatt med Dag Ole Teigen (medlem av Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget, Oppstartsseminaret), Are Helset (stortingsrepresentant og saksordfører for Samhandlingsreformen på Stortinget, temadag 3) og Bent Høye (leder av Sosial- og omsorgskomiteen på Stortinget, temadag 5). Helseminister Anne Grethe Strøm-Eriksen skulle komme på oppsummeringsseminaret 24. 9.12, men på grunn av inntreden av ny helseminister 21.9.12, ble det meldt avbud.

Alle temadagene, unntatt avslutningsseminaret ble evaluert. Det ble benyttet et spørreskjema der deltakerne evaluerte både innhold og læringsutbytte fra 1- 6 (meget dårlig - svært bra) med muligheter for å gi individuelle tilbakemeldinger. Av de 501 deltakerne, svarte 329 (73 %) på evalueringsskjemaene. Samtlige temadager ble vurdert til et gjennomsnitt på 5 (meget bra), både på innhold og læringsutbytte. Oversikt over temadagene og evalueringen er vist i tabell 8.

Tabell 8: Oversikt over temadager, antall deltakere og evaluering(1= meget dårlig - 6=svært bra).

NUMMER	DATO	TEMA	ANTALL DELTAKERE	EVALUERING (1-6)	
				Innhold	Læringsutbytte
1	02.09.09	Oppstartseminar	27	5,2	4,9
2	19. 03.10	Fakta om kreft og symptomlindring	85	4,7	4,8
3	31. 05.10	Samarbeid og IP	95	4,7	4,8
4	29. 03.11	Pasientforløp og samhandlingsreformen	131	5,1	4,9
5	05. 04.11	Barn som pårørende og møtet mellom helsepersonell og pasienter/pårørende	110	5,0	4,9
6	24. 09.12	Presentasjon av resultater og veien videre	53	Ikke evaluert	
<b>Totalt</b>			<b>501</b>		

Resultatene fra evalueringsskjemaene ble underbygget av både de frie kommentarene på evalueringsskjemaet, samt resultatene fra fokusgruppeintervjuene av ressursteamet, prosjektgruppen, referansegruppen og avdelingslederne i åpen omsorg. Analysene viser at effekten av temadagene kan belyses gjennom følgende seks hovedtema: Eget læringsutbytte og kompetanseoppbygging, aktuelle tema og gode foredragsholdere, å treffe andre, praktisk organisering, ledelsesengasjement og bieffekter:

### **1. Eget læringsutbytte og kompetanseheving:**

Av evalueringen kom det tydelig fram at temadagene hadde hatt betydning for den enkeltes opplevde læringsutbytte og kompetanse som kunne være til hjelp i deres arbeidshverdag. Følgende utsagn illustrerer dette:

- *”Synes temadagen var et godt tiltak. Fått god kunnskap som kan brukes videre. Mye informasjon på en gang, men et meget spennende tema framført av dyktige foredragsholdere” (Deltaker)*
- *”En travel hverdag, det har vi jo alle. Men hvis man tanker at man kan få gå på et foredrag som kan gi deg noe konstruktivt på sikt, som igjen kan lette hverdagen din, - så tenker jeg at det er viktig å prioritere det. Man må jo tenke litt mer enn bare her og nå, man må jo tenke litt i perspektiv,..... Det er jo noe vi har slitt med i helsevesenet tidligere, - og tenke i lengre perspektiv” (Ressursteam)*
- *«Jeg tror det er en viktig at vi kan få en større faglig ballast og dermed en lettere arbeidshverdag» (Ressursteam)*
- *”Det har vært kjempeflott med en enorm oppslutning. Vi har for vår avdeling tilnærmet 100 % oppmøte og de har gitt veldig gode tilbakemeldinger (Ressursteam)*
- *”Faglig påfyll trenger vi hele tiden. Og dette med motivasjon etter slike dager er bra!» (Referansegruppen)*

### **2. Aktuelle tema og gode forelesere:**

Evalueringene synliggjør også at deltakerne har opplevd at både oppsett av timeplan, valg av tema og kvalitet på foredragsholderne ble opplevd som god. Dette illustreres av følgende utsagn:

- *«Og så har det vært flotte og aktuelle temaer. Jeg tror det har vært veldig verdifullt det å gå på kurs i Askøy kommune!»*

- *”Alle temaene har vært relevante og foreleserne har vært gode. Nå har ikke jeg vært på alle, men det er tilbakemeldingene jeg har fått” (Fokusgruppe ressursteam)*
- *”Veldig bra sammensatt timeplan og gjennomført temadag. Godt med forelesere som setter i gang refleksjoner. Flott anledning til å stoppe opp i hverdagen for å tenke og lytte, en input i hverdagen” (Deltaker fra temadag 4)*
- *”Vi har vel vært på alle. Det som har vært så bra, er at hele spekteret er tatt med. Det er invitert inn fra Nav og alle fagavdelinger. Det har vært veldig profilerte forelesere og det har vært kjempenyttig. Med utvalget av forelesere får man en ball til å rulle. Ikke minst til å sette fokus på at her er det et prosjekt, og vi ønsker at alle i kommunen skal lære noe om dette. I oppbyggingen av fagdager har det vært tenkt veldig bredt. Man har nesten vært i forkant i forhold til det man nå skal gjøre i forhold til samhandlingsformen (Referansegruppen)*

### 3. Å treffe andre:

Analysene synliggjør også at det ikke bare er det faglige innholdet på temadagene som var verdifullt, men også det å treffe medarbeidere og andre som arbeidet innen samme fagfelt var av stor betydning. Følgende utsagn illustrerer dette:

- *”... Men det handler ikke bare om undervisningen heller. Det handler om å treffe hverandre i andre settinger. Prate og bli kjent med nye. Det tror jeg er undervurdert når det er snakk om forelesninger” (Ressursteam).*
- *”Det som har vært kjempefint med temadagene, er at det kommer fra andre kommuner og Kreftforeningen og ikke bare fra Askøy.. Vi har hatt mulighet å spørre de som har forelest om ting” (Ressursgruppe)*
- *«Det er jo en verdi i seg selv å møtes på tvers i en kommune til slike felles fagdager»*

### 4. Praktisk organisering:

I analysene kom det også tydelig fram at den praktiske organiseringen av temadagene med å legge disse til etter lunsj, informere i god tid samt at tilbudet var gratis, var viktige elementer. Likeledes har rammene rundt - både det med servering av lunsj og kulturinnslag også hatt en positiv innvirkning. Følgende utsagn illustrerer dette:

- *”Og prosjektleder har gitt beskjed veldig tidlig hvilke dager det skal være. Det er viktig få vite det i god tid i forveien, for da kan en lettere planlegge det ”*
- *”Det har ikke kostet noe. Det tror jeg er kjempeviktig! Vi som ledere når folk skal melde seg på, og det ikke koster noe, så er man mye mer lempelig”*
- *«Kulturinnslagene har også vært gode”*

## 5. Ledelsesengasjement

I analysen kom det også tydelig fram at ledelsens innstilling til temadagene, hadde betydning for den enkeltes engasjement. Det ble også understreket at det var av betydning at temadagene var åpne for alle og tverrfaglig. Følgende utsagn illustrerer dette:

- *Det er fordi det har vært et ønske at også jeg som leder har sagt at så mange som mulig må gå. Også at vi har ryddet plass til å kunne gå. Det handler mye om innstilling. ... Og så har jeg gitt beskjed om at alle som vil kan være med”*
- *”Jeg tror at det var veldig viktig at alle temadagene var åpne for alle, fordi alle skal føle at de er med på dette. Det er ikke kun sykepleierne sin oppgave. Dette gjelder alle som er i kontakt med kreftpasientene uansett hva man gjør. Og man kan gjøre observasjoner som det er viktig å ta tilbake til avdelingene.”*

## 6. Bieffekter:

Analysene viste at deltakerne også så andre effekter av temadagene, og da spesielt knyttet til egen bevisstgjøring blant annet i forhold til lovverk, og tilstedeværelse av både administrativ og politisk lokal og statlig ledelse. Følgende utsagn illustrerer dette:

- *”Jeg ser disse dagene veldig i tråd med ny lovgiving i forhold til samhandlingsreformen, folkehelseperspektivet, også dette med omdømmebygging. Det handler om at man går bredt ut og inviterer og presenterer ting på en fantastisk måte. Vi får med sentrale personer, stortingsrepresentanter og andre som virkelig synes dette er stas. Og de tar dette tilbake til departementet sitt. Også at vi får implementert på laveste nivå i vår organisasjon, men også ut i lokalbefolkningen i pasientorganisasjoner. Og det handler faktisk om folkehelseperspektivet. Det handler om å vite hva som finnes, trygghet på å vite hvilket apparat som er her hvis en blir syk... Det er så utrolig viktig dette, og det er en fantastisk jobb som blir gjort”*  
(Prosjektgruppen)

- *”Og ikke minst det politiske liv i kommunen har vært til stede. Og det er viktig hvis man skal ha noe opp å gå i en kommune. Det er veldig vanskelig å arrangere slike dager. Det er hardt arbeid å få noe slikt til å klaffe” (Referansegruppen)*

### **3.3.3 Eksterne foredrag og hospitering**

I prosjektperioden ble det i tillegg til de oppsatte temadagene gjennomført 21 undervisningsoppdrag eksternt med til sammen 913 deltakere. Dette har vært forelesninger på alt fra internopplæring i kommunen, ulike høgschooler, spesialisthelsetjeneste, til foredrag på nasjonale konferanser. Tabell 9 viser en oversikt over de ulike undervisningsoppdragene samt antall deltakere.

Tabell 9: Undervisningsoppdrag

<b>Nr.</b>	<b>TYPE FORA</b>	<b>FOR HVEM</b>	<b>ANTALL</b>	<b>TEMA</b>
1	Betanien diakonale høgskole (BDH)	Kreftsykepleierstudenter	30	Individuell plan
2	Koordinatorforum	Koordinatorer for Individuell plan i Askøy kommune	14	Individuell plan innen kreftomsorg
3	Smertekontaktmøte på Haukeland Universitetssykehus	Smertekontakter på avdelingene	35	Samhandling: Hvordan gi kreftpasientene et mest mulig sømløst tjenestetilbud?
4	Temadag: Palliativ enhet på Askøy	Ansatte i spesialisthelsetjenesten og i Fjell-Øygarden-Sund-Askøy kommuner	70	Behov, sett fra ressursykepleierne i kommunene Sammen m/Janne Thode fra Sund kommune
6	Haraldsplass diakonale høgskole	Studenter ved Palliativ Videreutdanning	23	Individuell plan, praktisk bruk/ Kasuistikk sammen med Ragnhild Helgesen fra KLB
7	Fagdag på sykehjemmet	Ansatte ved avd. 2b. Skal omorganiseres fra langtid til kortidsavdeling	10	Palliasjon
8	Introduksjonskurs for nye ressursykepleiere i Helse Bergen	Nye ressursykepleiere og deres ledere	20	Individuell plan - et verktøy for samarbeid
9	Betanien diakonale høgskole	Kreftsykepleierstudenter	25	Individuell plan, sammen med Ragnhild Helgesen, KLB
10	Kompetansesenteret i lindrande behandling	Kreftsykepleierstudenter fra Trondheim	10	Kreft og kommuneplanlegging, erfaringer med utarbeidelse av Kreftplan i Askøy
11	Betanien diakonale høgskole	Studenter	23	Individuell plan m/Ragnhild Helgesen KLB
12	Koordinatorforum	Koordinator for Individuell plan, Askøy	30	Individuell plan
13	Fellessamling for ressursykepleiere	Ressursykepleiere i Helse Bergen foretaksområde	40	Samarbeid mellom fastlege og ressursykepl. Ingvil Austbø/fastlege i prosjektgruppen
14	Praksismøte på Haukeland sykehus	Kreftsykepleierstudenter og lærere	13	Forvaltningens rolle i kreftomsorgen, Frank Hotle/saksbehandler i prosjektgruppen
15	Kompetansesenteret i lindrande behandling Helseregion Vest	Deltagere på fagseminar i palliasjon ifm 10 års jubileum	172	Prosjekt: ” Kreftomsorg i Primærhelsetjenesten ”
16	Barn og unge som pårørende	Helsepersonell, pedagogisk personell, barnevern og andre aktuelle	65	Kreftomsorg i primærhelsetjenesten
17	Prosjektledersamling i Helseregion Vest	Prosjektledere/prosjektmedarbeidere og deres ledere	15	Prosjektinformasjon, tips og utfordringer
18	Nasjonal konferanse om helhetlige pasientforløp	Deltagere invitert av Norsk sykehus- og helsetjenesteforening	161	Kreftomsorg i primærhelsetjenesten, hvordan
20	Fagdag for forvaltningsenheten i Askøy kommune	Saksbehandlerne med leder og fagsjef for forvaltningen/åpen omsorg	7	Samhandling
21	Nasjonal konferanse om Rehabilitering i Samhandlingens ånd, NSH	Fagpersoner fra Spesialist- og kommunehelsetjenesten i hele landet + Kunnskapssenteret, Kreftforeningen og Riksrevisjonen	150	Helhetlige rehabiliteringsforløp
21	<b>Til sammen</b>		<b>913</b>	



I løpet av prosjektperioden har prosjektleder fått henvendelse om hospitering og praksis fra ulike grupper på til sammen 34 elever og studenter, alt fra helsefagarbeiderlærling, sykepleierstudenter, vernepleierstudenter, kreftsykepleierstudenter, studenter i videreutdanning i palliativ omsorg samt hospitanter fra andre kommuner. Dette har vært hospitering fra 1 dag til praksis over 6 uker. En oversikt over dette er vist i tabell 10.

*Tabell 10: Oversikt over hospitering og praksis i prosjektet*

<b>GRUPPE</b>	<b>HOSPITERING 1- 3 dager</b>	<b>PRAKSIS 6 uker</b>
<i>Sykepleierstudenter</i>	24	2
<i>Vernepleierstudenter</i>	2	
<i>Helsefagarbeiderlæringer</i>	2	
<i>Sykepleiere i</i>	2	
<i>spesialutdanning (kreft, palliasjon, psykiatri)</i>		
<i>Ressurssykepleiere fra andre kommuner</i>	2	
<i>Til sammen</i>	32	2

### **3.4 Tilleggsmomenter i prosjektet**

I løpet av prosjektperioden kom det også til elementer som ikke stod i den opprinnelige prosjektplanen, men som en etter diskusjon med prosjektets styringsgruppe ble enig om å implementere:

#### **3.4.1 Handlingsplan for kreftomsorg og lindrende behandling for Askøy kommune**

Gjennom prosjektet og fra ledelsen i kommunen ble det klart at kommunen hadde et ønske om å utarbeide en kommunal handlingsplan for kreftomsorg og lindrende behandling. Prosjektet fikk en bestilling om å utarbeide en kommunal kreftplan fra fagsjef for åpen omsorg med godkjenning fra rådmannen.

Planen ble utarbeidet av prosjektgruppens medlemmer og leder av styringsgruppen, Anne Kjersti Drange som er fagsjef for åpen omsorg i Askøy kommune.

Dette er den første kommunale kreftplanen i Norge som har samhandlingsreformen og nytt lovverk som grunnlagsdokumentasjon. Erfaringer og tilbakemeldinger fra prosjektperioden ble tatt med som noe av grunnlagsdokumentasjonen for utarbeidelsen av kreftplanen. Planen er ment å fungere som informasjonsmateriale til innbyggere og tjenesteytere, belyse muligheter og lokale tilbud, samt være en veileder for planlegging og prioriteringer av kommunens kreftomsorg. Den skal også belyse verdien av forebyggende arbeid. Plandokumentet vil også ha overføringsverdi til andre pasientgrupper. Planen ble godkjent i Kommunestyret 14.juni 2012 og vil være gjeldende fram til 2016 (vedlegg 8).

#### **3.4.2 Koordinerende enhet rehabilitering og habilitering i Askøy kommune.**

Som en følge av prosjektets opprettelse, fikk prosjektleder forespørsel om å bli fast medlem i Koordinerende enhet (KE) for rehabilitering. Dette er et lovpålagt organ som i følge Lov om kommunale helse og omsorgstjenester [11] skal være et sted å henvende seg til for dem som har behov for rehabilitering. KE skal fungere som en pådriver til at kommunen etablerer og utvikler et system som sikrer at tjenestene som tilbys er samordnet, tverrfaglig og planmessig ut fra et brukerperspektiv. KE har også et tverrsektorielt ansvar for at ordningen med Individuell plan

fungerer i kommunen. Prosjektleder startet som medlem av KE i mai 2010, og har deltatt på 22 møter i prosjektperioden.

### **3.4.3 Ressursgruppe for videreutdanning i kreftsykepleie**

Gjennom prosjektet har Askøy kommune hatt et nært samarbeid med Betanien diakonale høgskole både når det gjelder utdanning av kreftsykepleiere, men også ved høgskolens deltakelse i styringsgruppen og i evaluering av prosjektet. På grunn av sin satsning på kreftomsorg og lindrende behandling, har Askøy kommune også inngått avtale om å være fast praksisplass for studenter i videreutdanning i kreftsykepleie.

I løpet av prosjektperioden fikk prosjektleder forespørsel om å delta i en ressursgruppe for videreutdanning i kreftsykepleie som representant fra kommunal sektor. Gruppen har som formål å kvalitetssikre og utvikle studiet relatert til klinisk praksis. Målet er at studiet skal være oppdatert og framtidsrettet i utdanningstilbudet. Prosjektleder har deltatt på til sammen 3 møter i denne ressursgruppen.

### **3.5   *Prosjektets framdriftsplan***

Prosjektet ble styrt ut fra en detaljert prosjektbeskrivelse med klare mål, økonomisk plan og en tydelig framdriftsplan som var organisert etter halvårig framdrift. Fremdriftsplanen var viktig for målstyringen i prosjektet der tiltak, tidsaspekt, mål og hovedansvarlig var tydelig beskrevet.

Prosjektet fulgte i hovedsak den oppsatte fremdriftsplanen. Det var imidlertid noen små justeringer knyttet til både tiltak og framdriftsplan:

Tiltaket i fremdriftsplanen om å gjennomføre møter med de ulike avdelingene i åpen omsorg annen hver måned ble gjennomført til alle elementene i kreftomsorgsmappen var gjennomgått. Etter dette ble samhandlingen i hovedsak knyttet til de felles pasientforløpene.

Det stod også beskrevet i fremdriftsplanen at sluttrapporten skulle ferdigstilles i juni 2012, men på grunn av den omfattende evalueringen, fikk en utsettelse med innlevering av prosjektrapporten til primo 2013.

### 3.6 Økonomi

Prosjektet har hatt en todelt finansiering der Askøy kommune har finansiert halvparten av prosjektet, og den andre halvparten er finansiert gjennom prosjektmidler fra Helsedirektoratet. Den budsjetterte kostanden for prosjektet var på kr 3 459 000,-, og det endelige regnskapet viser kr 2 852 202,-. Hoved utgiftene i prosjektet er lønnsmidler til 1,6 stillinger.

Oversikt over endelig regnskap for prosjektperioden er vist i tabell 11 (utgifter) og tabell 12 (inntekter):

*Tabell 11: Totale utgifter i prosjektet i løpet av prosjektperioden*

<i>Type utgifter</i>	<i>Totale utgifter i prosjektperioden</i>
<i>Lønn</i>	2 481 726
<i>Kjøp av varer og tjenester</i>	370 476
<i>Sum</i>	<b>2 852 202</b>

*Tabell 12: Totale inntekter i prosjektet i løpet av prosjektperioden*

<i>Type inntekter</i>	<i>Totale inntekter i prosjektperioden</i>
<i>Prosjektmidler fra Helsedirektoratet</i>	1 390 000
<i>Salg av varer og tjenester</i>	9 250
<i>Sykepenges</i>	52 464
<i>Dekket av Askøy kommune</i>	1 400 488
<i>Sum</i>	<b>2 852 202</b>

I tillegg til ovennevnte midler søkte Askøy kommune i 2008 om midler fra Helsedirektoratet for å utarbeide prosjektbeskrivelsen. Helsedirektoratet innvilget kr 75.000,- til dette, og pengene ble brukt til frikjøp av prosjektleder for å utvikle en detaljert prosjektbeskrivelse og kjøp av veiledningstjenester til dette.

## 4.0 DISKUSJON

I det følgende diskuteres resultatene knyttet til de enkelte delmålene hver for seg.

### 4.1 *Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid rundt kreftomsorg i Askøy kommune*

#### 4.1.1 Prosjektorganisasjon og organisering

I henhold til målsettingen ble det etablert en tverrfaglig og tverretatlig prosjektorganisasjon. Deltakerne ble valgt ut både i forhold til kompetanse, engasjement og hvor de var tilsatt i organisasjonen. Dette var et bevisst valg for å knytte til seg sentrale samarbeidspartnere som både hadde en høy kompetanse innen sitt fagfelt og hadde god kjennskap til kommunen. Dette var også viktig for at sentrale samarbeidspartnere også hadde et eierforhold til prosjektet. I ettertid ser vi at sammensetningen av personer og deres posisjoner i hele prosjektorganisasjonen har vært svært sentral for prosjektets gode resultater, noe også prosjektlitteraturen understreker [12, 13].

I styringsgruppen har vi erfart at det har vært svært viktig at prosjektet var forankret både i administrativ og politisk ledelse. Administrativ ledelse ble forankret i fagsjef for åpen omsorg i kommunen som var leder for styringsgruppen. På denne måten var det tett tilknytning mellom prosjektet og avgjørende instans i åpen omsorg, noe som også medførte at kommunikasjonen ut til ansatte innen åpen omsorg gikk lettere [13]. Prosjektet ble også forankret i kommunens politiske ledelse ved å invitere daværende varaordfører, senere ordfører inn i styringsgruppen. På denne måten har kommunens politiske ledelse hele tiden blitt informert og oppdatert om framdrift og resultater, noe som igjen har hatt betydning for prosjektets videre drift [13]. Leder av legetjenesten var med i styringsgruppen, noe som har hatt stor betydning for samarbeidet med fastlegene i kommunen. Det har også vært viktig å få innspill av fagpersoner som ikke er en del av kommunens daglige drift, noe som også har gitt et tettere samarbeid.

Styringsgruppen møttes to ganger i halvåret, og det var meget god kontinuitet og engasjement i gruppen. Styringsgruppen ble ledet av fagsjef i åpen omsorg, det var skriftlige innkallinger, tydelige sakslister og referater fra hvert møte [13]. Styringsgruppen var ansvarlig for prosjektets framdrift og fulgte sitt mandat nøye, noe som var svært viktig for oppfølging og måloppnåelse i prosjektet. Et annet helt sentralt poeng var at leder av styringsgruppen i tillegg hadde faste, månedlige møter med prosjektleder. Dette var av stor betydning både for å kunne diskutere utfordringer og fremdrift i prosjektet, og også en svært viktig motivasjonsfaktor for prosjektleder

[14]. Samtidig gjorde dette at leder av styringsgruppen hele tiden var orientert og oppdatert om prosjektet, noe som også sikret en svært god målstyring [14].

Den daglige driften av prosjektet ble i hovedsak gjennomført av prosjektleder og prosjektmedarbeider som jobbet både med direkte pasientarbeid, systemarbeid og kompetanseutvikling. I ettertid ser vi at det var sentralt at disse i utgangspunktet hadde god kjennskap til både åpen omsorg og kommunens totale organisasjon. Dette medførte at en hadde kjennskap til hvem som var aktuelle samarbeidspartnere i hele kommunen på de ulike fagområdene. I tillegg til disse to, var to avdelingsledere i åpen omsorg med i prosjektgruppen. Siden prosjektets målgruppe var hjemmeboende og åpen omsorgs ansvarsområde, var disse personene viktige da de kontinuerlig videreformidlet informasjon til både egne ansatte og ledergruppen. Disse var sentrale både for å få et ekstra fokus på fagområdet, utvikling av kvaliteten, samt å få iverksatt ulike tiltak som innføring av ESAS og primærsykepleie til pasientgruppen. I prosjektgruppen satt også medisinsk faglig rådgiver/fastlege i pleie- og omsorg. Vedkommende var helt sentral for å nå ut til samtlige fastleger i kommunen, implementere prosjektet, etablere og følge opp et godt samarbeid med legetjenesten. Videre var også forvaltningsenheten, dvs enheten som bestiller leddet til de utførende tjenestene. Siden prosjektet skulle være et supplement til det eksisterende tjenestetilbudet, ble disse sentrale aktører i markedsføringen av prosjektet [14]. Et helt konkret resultat av dette samarbeidet var at det ble innført vedtak om kreftsykepleie som en ny tjeneste i kommunen. Dette er vi ikke kjent med at noen andre kommuner i landet har, og det representerer således en nyvinning som et konkret resultat fra prosjektet. Vedtaket synliggjør og kvalitetssikrer rett kompetanse til denne pasientgruppen.

Det var også tilknyttet en referansegruppe til prosjektet [13]. Disse hadde møte en gang i halvåret. Gruppen var viktig siden de representerte ulike kompetanseområder både internt i kommunen som for eksempel økonomi, institusjon, fysio- ergo- og servicetjeneste, markedsføring og IT, og eksterne samarbeidspartnere som Kreftforeningen og Palliativt team. På hver sin måte kom de med viktige innspill og tilbakemeldinger i prosjektet, konkret innsats i ulike saker, samtidig som de videreførte informasjon om prosjektet i eget fagmiljø.

I prosjektlitteraturen understrekes kommunikasjon i prosjektorganisasjonen som et svært viktig virkemiddel for å lykkes [13, 14]. Dette mener vi at vi har fått til gjennom faste møtepunkt med klare agendaer, engasjement og tilgjengelighet. Prosjektet hadde dessuten et oppstartseminar hvor

hele prosjektorganisasjonen ble samlet, der de fikk undervisning om å arbeide i et prosjekt, og hvilke roller og funksjoner som var tilknyttet de ulike gruppene i prosjektet. Hele prosjektorganisasjonen ble også kontinuerlig informert, oppdatert og involvert i prosjektets drift og framdrift for eksempel gjennom invitasjon til samtlige temadager. Dette mener vi har vært sentrale tiltak for at den enkelte i prosjektorganisasjonen både har følt seg sett og ansett som viktige bidragsyttere inn i prosjektet [14].

Den største utfordringen tilknyttet prosjektorganisasjonen har vært utskifting av noen medlemmer og nye personer som skulle implementeres og få et eierskap til prosjektet. Dette gikk seg imidlertid meget godt til med god dialog med leder av styringsgruppen og velvillighet både internt og eksternt.

#### **4.1.2 Informasjon om prosjektet**

Resultat knyttet til informasjon om prosjektet, viser at vi har hatt en bevisst og kontinuerlig informasjonsstrategi [14]. Denne var implementert i prosjektets framdriftsplan, noe som gjorde at en hele tiden var bevisst på at informasjon var en viktig del av prosjektleder og prosjektmedarbeiders arbeidsoppgaver [14]. Vi ser at det var meget hensiktsmessig å ha en “informasjonsrunde” i oppstartsfasen av prosjektet, og at vi nådde mange mennesker på denne måten (jfr. tabell 1). Likeledes ser vi at det også var smart å bruke ulike informasjonskanaler; alt fra personlig oppmøte, brosjyrer og nettet til medieoppslag, noe som gjorde at vi nådde både fagfolk, samarbeidspartnere, politisk miljø, pasienter og pårørende samt befolkningen generelt. Et annet viktig moment er at informasjonen tilknyttet prosjektet har vært en kontinuerlig prosess, og ikke noe som bare var i fokus i oppstartsfasen [13]. Vi erfarer at prosjektet er godt implementert og kjent både i kommunen og hos sentrale samarbeidspartnere, men også at prosjektet er kjent i fagmiljøet både regionalt og nasjonalt.

#### **4.1.3 Tverrfaglig ressursteam**

Det var et mål i prosjektet å opprette et tverrfaglig ressursteam. Ut i fra resultatene ser vi at dette har vært et meget vellykket tiltak, noe som kan knyttes til den tverrfaglige og tverretatlige sammensetningen og de jevnlige møtene. Det kommer tydelig fram i evalueringen at det å få kontakt, ha møtepunkter og få kjennskap til hverandres fagområde både bryter ned fordommer og barrierer, og medfører økt samarbeid og samhandling. Det understrekes i litteraturen at det å



nærme seg andre fags enemerker, eller bryte ned barrierer som fagene har bygget opp mot hverandre, er vanskelig [15]. Kreftomsorg og palliasjon krever imidlertid en helhetlig omsorg basert på en tverrfaglig tilnærming der samarbeid mellom de ulike faggruppene er av vital betydning [1, 16-18]. Ut fra resultatene synes det som om en har klart dette, og at det tverrfaglige felleskapet har invitert både til engasjement, utvikling og kompetanseheving. Dette synliggjøres også i fokusgruppeintervjuet, der ressursteamet forteller at de har fått økt kunnskap både om det aktuelle totale tjenestetilbudet for pasientgruppen samt ulike virkemidler og tiltak. Dette har medført at de føler seg mer kompetente, noe som igjen har fått positive ringvirkninger for pasientene i form av for eksempel bedre informasjon.

Resultatene fra fokusgruppeintervjuet viser også at det økte samarbeidet har medført at de ulike tjenestetilbudene blir trukket inn på et tidligere tidspunkt samt at ressursene blir utnyttet og brukt på en bedre måte. Dette har stor betydning for å gjennomføre mer planlagte og sømløse pasientforløp, og at både pasient og pårørende opplever større grad av trygghet. Viktigheten av tidlig intervensjon for å trygge både pasient og pårørende, understrekes tydelig i litteraturen [16, 19].

Selv om resultatene viser at kjennskapet og samarbeidet er økt, at en utnytter hverandres kompetanse bedre og kommer inn med tidligere intervensjon, så er det likevel tydelige utfordringer framover. Ressursteamet pekte på at det enda gjenstår mye arbeid knyttet til samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Likeledes er det også en utfordring både å fortsette og å utvikle det etablerte samarbeidet videre. Her ser vi betydningen av at det er noen som både strukturerer og leder gruppen videre, siden samhandling og samarbeid krever struktur, og i utgangspunktet ikke er selvgående. Dette aspektet kom også tydelig fram i evaluering av "Nettverk for kreftomsorg og lindrende behandling [19]. Fokusgruppen uttrykte også bekymring for at tjenesten til kreftpasienter ble forfordelt i forhold til andre diagnosegrupper, men ledergruppen var uenig i denne evalueringen. Det kom imidlertid tydelig fram at modellen har en overføringsverdi til andre diagnoser og pasientgrupper, men at dette igjen krever en bevisstgjøring totalt i organisasjonen og hos den enkelte ansatte.

Ut fra erfaringene med ressursteamet, ser en betydningen av å videreføre og utvikle dette forumet. Dette ble diskutert nøye i utviklingen av kommunens nye handlingsplan for kreftomsorg og lindrende behandling. Det ble bestemt at nåværende ressursteam etableres på nytt som et

tverrfaglig behandlingsapparat som skal integreres i den nyopprettede interkommunale lindrende enheten som er lokalisert på Askøy.

#### **4.1.4 Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid**

I det ovenstående kommer det tydelig fram at etablering av prosjektorganisasjonen, den bevisste informasjonsstrategien og arbeidet i ressursteamet har medført et økt samarbeid både tverrfaglig og tverretatlig.

Vi ser imidlertid at det bevisste og systematiske arbeidet opp mot legetjenesten i kommunen gjennom informasjonsrunder, samarbeidsmøter og samhandling omkring den enkelte pasienten, har vært et suksesskriterium for å nå prosjektets målsetting. Fastlegen er en helt vesentlig aktør innen kreftomsorg og lindrende behandling i kommunen, noe som understrekes i sentrale føringer [2, 4]. Videre er et medisinsk forsvarlig forløp i pasientens eget hjem avhengig av et godt samarbeid mellom pasient, fastlege og hjemmesykepleien [17]. Erfaringene fra prosjektet viser at det var viktig at det var klare ansvarsforhold, og at færrest mulig av pleiepersonellet kommuniserte med legen, noe som også understrekes i litteraturen [16, 19]. Det ble derfor innført primärsykepleier til de aktuelle pasientene, noe som både pasient og pårørende, pleiepersonell og lege var meget fornøyd med. Videre erfarte vi at innføring av og opplæring av legene i bruk av ESAS, ble både et meget viktig kartleggings-, kommunikasjons- og samhandlingsverktøy, noe som også understrekes i litteraturen [18, 20].

Evalueringen fra legene synliggjør at samarbeidet mellom fastlege og hjemmesykepleier er blitt bedret gjennom prosjektet. Tilbakemeldingene fra legene viser at de opplever dette samarbeidet som både hensiktsmessig og nyttig, og kommet den enkelte pasienten og pårørende til gode. Resultatene viser igjen at gjennom samarbeid og samhandling, oppdages hverandres ulike kompetanseområder, og en ser viktigheten av hverandres bidrag [18]. Samtidig er det tydelig at dette samarbeidet også har satt fokus på et fagområde hvor legene savner kompetanse. Det ser ut til at prosjektet har medført at fastlegene har fått mer fokus på fagområdet, og dermed ser viktigheten av kompetanse og videreutdanning på dette feltet.

## **4.2 Direkte pasientkontakt**

### **4.2.1 Tilbud om hjemmebesøk og kartlegging**

Et viktig hovedmål i prosjektet var oppfølging og omsorg for den enkelte kreftpasienten og deres pårørende. I utgangspunktet ønsket en at alle kreftpasienter, uansett stadium av sykdom, skulle få tilbud om hjemmebesøk og kartlegging ved kreftsykepleier. For å få dette til, var etablering av samarbeidet både med fastlegene og Forvaltningsenheten i kommunen et svært viktig tiltak. Som første sted i landet, ble det utarbeidet en rutine for vedtak om kreftsykepleietjeneste som et forvaltningsvedtak. En stor fordel med denne ordningen er at en da får en oversikt over hvilke pasienter som får oppfølging av spesialsykepleier innen kreftomsorg og lindrende behandling, og tilbudet blir dermed også spisset og spesifisert. En annen fordel er at Forvaltningen også blir en viktig arena for å fange opp pasienter som trenger denne typen tilbud. Sistnevnte kommer tydelig fram i tabell 2 som viser at saksbehandler i Forvaltningen henviste 14 pasienter til prosjektet. Forskning dokumenterer viktigheten av at primærhelsetjenesten kommer tidlig på banen, spesielt i et palliativt forløp, for å bli kjent, få kartlagt behov, skape trygghet og få planlagt et godt pasientforløp [21-24].

### **4.2.2 Direkte pasientkontakt**

Prosjektet har fått totalt 342 henvendelser, fulgt opp 106 pasienter hvorav 83 har fått vedtak om oppfølging av kommunal kreftsykepleietjeneste. Tabell 1 viser at majoriteten (n = 85) er over 60 år, noe som er i tråd med at kreft opptrer hyppigere med økende alder [25]. Tabellen viser også at aldersspredningen har vært stor, noe som også synliggjør utfordringene primærhelsetjenesten står overfor i forhold til å møte ulike aldersgruppers sammensatte behov [4, 18]. Det relativt høye tallet henvisninger av pasienter til prosjektet, synliggjør også at prosjektets informasjonsstrategi har vært hensiktsmessig, og at tilbudet etter hvert ble godt kjent i kommunen. Dette blir også synliggjort i tabell 2 som viser at de direkte pasienthenvendelsene kom fra ulike instanser som representerer både primærhelsetjeneste, forvaltning, spesialisthelsetjeneste, frivillige organisasjoner, samt fra pasienter og pårørende selv.

Samtidig gir tabell 2 også et bilde av samarbeidende instanser innen palliasjon og kreftomsorg i prosjektet. Tabell 4 underbygger at dette samarbeidet i stor grad ble opprettholdt i den videre oppfølgingen av pasientene, siden denne tydeliggjør hvem kreftsykepleier hadde med på hjemmebesøk til pasienter og pårørende. Tabell 4 synliggjør at kreftsykepleier i de fleste tilfellene

ikke hadde hjemmebesøk alene, men i stor grad hadde med seg hjemmesykepleie, fastlege eller annet helsepersonell. Spesielt gledelig her er det at fastlegene har vært på mange hjemmebesøk, noe som vi erfarer er en følge at det etablerte samarbeidet. Forskning viser at hjemmebesøk utført av allmennleger, er sterkt assosiert med mulighetene for at pasienter med en kreftdiagnose kan dø hjemme [26]. Tabellen synliggjør videre at pårørende i stor grad er til stede på hjemmebesøkene, noe forskning viser er svært viktig i oppfølging av kreftpasienter i hjemmet [21-23]. Vår erfaring er at vi gjennom prosjektet fikk etablert et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid som også fungerte svært godt i den enkelte pasientsituasjonen. Tverrfaglig samarbeid understrekes i forskning som en av de viktigste faktorene i et velfungerende pasientforløp, og en forutsetning for best mulig livskvalitet for pasienter og deres pårørende [2, 16, 27].

Henvendelsesgrunnene for den direkte pasientomsorgen var i hovedsak knyttet til symptomlindring, kartlegging og koordinering av tjenester. Pasienter med kreft har ofte et sammensatt symptombylle [1], og tabell 3 synliggjør at pasientene i prosjektet strevde både med fysiske og psykososiale symptomer knyttet til sin sykdom. Disse symptomene er kjente og vanlige innenfor kreftomsorg og lindrende behandling, og forskning viser at tidlig behandling av slike symptomer er svært viktig for både livskvalitet og lengst mulig hjemmetid [1, 17, 18].

Antall hjemmebesøk og oppfølging av den enkelte pasienten varierte naturlig nok, med et snitt på 3,4 hjemmebesøk pr. pasient. Når en tar i betraktning antall henvendelser og antall pasienter som ble fulgt opp, tyder dette på at spesialsykepleierne i stor grad har kunnet fungere som rollemodeller gjennom veiledning og overføring av kompetanse og trygghet til annet helsepersonell som har stått for den daglige oppfølgingen av pasientene. Dette representerer en hensiktsmessig og ressursbesparende bruk av spesialkompetanse, slik at denne kommer flere til gode. Dette understrekes ytterligere når vi ser at majoriteten av de 55 som døde i prosjektperioden, døde 61 % i kommunen (45 % hjemme og 16 % på sykehjem) og bare 38 % på sykehus. Dette representerer en markant økning av hjemmedød som på landsbasis er redusert til 15 % [5]. Forskning dokumenterer også at antall personer som dør i eget hjem, er lavt i Norge, og økning i hjemmedød inngår som en klar intensjon i samhandlingsreformen [2, 27]. Resultatene fra prosjektet synliggjør at vi har lyktes godt på dette feltet, og at kommunens arbeid således er i tråd med samhandlingsreformens intensjoner [2].

Resultatene fra prosjektet viser at støtte og trygging av både pasient og pårørende, tidlig intervensjon og planlegging, er viktige faktorer for dette positive resultatet. Gjennom prosjektet erfarte vi at det ble brukt mindre fastvakter i hjemmet, og at disse ble satt inn på et senere

tidspunkt enn før, noe vi tolker som et resultat av økt kompetanse, vurderingsevne og samhandling. I disse pasientforløpene var det tette samarbeidet mellom fastlege og det øvrige helsepersonellet helt essensielt. Et annet viktig moment var tilgang til «Medikamentskrin til bruk i livets slutfase»[28]. To slike medikamentskrin ble gjort tilgjengelige for hjemmesykepleien på sykehjemmet i bytte mot resept. Dette tiltaket hindret flere akutte sykehusinnleggelser i livets slutfase i prosjektperioden. I løpet av prosjektperioden erfarte vi imidlertid at fastlegene i stadig større grad forhåndsordinerte disse medikamentene, slik at disse var på plass når det var behov for dem [4, 17].

Selv om tallene for hjemmedød kan sies å være positive både for pasienter og pårørende, er oppfølging av pasienter i livets slutfase svært ressurskrevende for kommunen. Det innebærer en stor utfordring på trange kommunale budsjetter, da hjemmedød ikke utløser like store ressurser som liggedøgn i spesialisthelsetjenesten.

#### **4.2.3 Bruk av individuell plan og ESAS**

Resultatene fra prosjektet viser at fokuset på individuell plan (IP), medførte at flere pasienter fikk dette [29]. Samtidig viser resultatene at ikke alle pasienter ønsker IP. IP har tradisjonelt hatt rykte for å være svært arbeidskrevende med mye møter med alle aktører. I prosjektet brukte vi den forenklete malen utarbeidet av Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest. Vi prioriterte et felles oppstartmøte og jobbet videre svært løsningsorientert med kontakt med de aktuelle samarbeidspartnerne ut fra problemstilling. I de tilfellene der IP ble opprettet, erfarte vi helt klart at dette var et viktig redskap både for å synliggjøre problemstillinger, økning av brukermedvirkning, målrettet arbeid, samt ansvarsfordeling og rolleavklaring. Et annet viktig moment er at de pårørendes behov ble synliggjort, og at IP sikret en kontinuerlig prosess gjennom evalueringene av IP. Forskning synliggjør at de nevnte faktorene er svært viktige både for å sikre pasient og pårørende trygghet, kontinuitet og en best mulig samordning av tjenestene [16, 17, 19]. Spesialsykepleierne i prosjektet var ikke koordinatorene for IP, men fungerte i de fleste tilfellene som veileder og støttespiller for de oppnevnte koordinatorene. Erfaringene våre tilsier også at når en først er blitt kjent med og har fått erfaring med IP, er tilbakemeldingene meget gode, og en tar det lettere i bruk ved senere anledninger. Ut fra ovenstående mener vi at vi gjennom prosjektet både har etablert flere IP, fått mer erfaring og slik initiert IP som et viktig redskap i helhetlig kreftomsorg og palliasjon i Askøy kommune.

Resultatene viser at ESAS skjemaet ble brukt 160 ganger, noe som synliggjør at innføring og bruk av ESAS har gått mye lettere enn IP. En grunn til dette kan være at kommunen hadde hatt fokus på ESAS gjennom ressursstyrkeplaneringen før prosjektet ble startet [19]. Det har imidlertid vært en klar økning i bruk av ESAS, noe som viser at ESAS både er kjent og anvendt i den direkte pasientkontakten i åpen omsorg. Tilbakemeldingene fra helsepersonell i åpen omsorg er at ESAS har fungert som et godt verktøy for å registrere, behandle og følge opp den enkelte kreftpasienten ift plagsomme symptom. Erfaringene viser også at ESAS er en god måte for hjemmesykepleien til å ta opp ulike problemstillinger på en ufarlig måte, og å ha fokus på det som pasienten selv opplever som utfordrende. ESAS er et anbefalt redskap innen palliasjon [18]. Forskning viser at instrumentet er et godt redskap både for å få frem pasientens subjektive opplevelse av sin situasjon, evaluere effekt av igangsatte tiltak, og se de ulike symptomene i en sammenheng [20]. Imidlertid har ESAS tradisjonelt vært lite brukt i primærhelsetjenesten [20], men erfaringene fra vårt prosjekt viser at det går an å innføre dette skjemaet på en systematisk måte med gode resultat. Bruk av ESAS skjemaet i prosjektperioden har også vist at dette er godt kommunikasjonsmiddel mellom helsepersonellet som går til den enkelte pasienten.

Nytt gjennom dette prosjektet er at ESAS også er blitt et fantastisk kommunikasjonsmiddel mellom åpen omsorg og den enkelte fastlegen. I starten av prosjektet hadde vi en målbevisst opplæring av legene i ESAS, noe som har båret gode frukter. Nå er det innarbeidet en rutine på at lege får en kopi av det utfylte ESAS skjemaet når dette er blitt brukt hos en pasient, og skjemaet blir et viktig kommunikasjons- og samhandlingsmiddel mellom primærstyrkepleier og fastlege. Gjennom bruk av ESAS kommer en fort til sakens kjerne, begge parter snakker samme språk, noe som gjør planlegging av neste skritt lettere. Gjennom bruk av ESAS blir iverksatte tiltak effektivisert og evaluert mer konstruktivt enn tidligere. En fastlege fortalte at hun hadde fått et ESAS skjema fra hjemmesykepleien, og hun visste ikke at pasienten hadde kreft før hun så ESAS skjemaet.

#### **4.2.4 Samhandling på tvers av nivåer og enheter knyttet til kreftpasienter**

Tidligere i rapporten er samhandling innad i kommunen diskutert. I tillegg til å etablere et godt og velfungerende samarbeid innad i kommunen, er det helt sentralt å etablere tett dialog og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Ett av formålene med Samhandlingsreformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre på tvers av nivåer [2]. KS fant i sin rapport «En naturlig avslutning på livet» at samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ikke fungerer optimalt [27]. Både anbefalinger fra denne rapporten [27], intensjonene i

Samhandlingsreformen [2] og retningslinjer innen palliasjon [4], tydeliggjør at det er behov for skreddersøm av behandlingsforløpet til den enkelte pasienten der samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er en bærebjelke.

Gjennom prosjektperioden har en bevisst jobbet med samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten på ulike måter. For det første ble representanter fra spesialisthelsetjenesten bevisst valgt inn i prosjektorganisasjonen (jfr. tidligere). Dette har medført økt kjennskap til hverandres tilbud og kompetanse, noe som gjør at samhandlingen går lettere også etter endt prosjekt.

Det viktigste samarbeidet mellom de to tjenestenivåene har nok vært tilknyttet den enkelte kreftpasienten. I prosjektet har en bevisst prioritert å ha samhandlingsmøter på sykehuset før utskrivelse av kreftpasienter. Det at vi i prosjektperioden har gjennomført 28 slike samhandlingsmøter, viser at vi i stor grad har lyktes med våre intensjoner her. Vi har svært gode erfaringer med disse samhandlingsmøtene: Her har vi fått treffe både pasient og helsepersonell på sykehus, fått avklart problemstillinger, fått nødvendig opplæring i ulike prosedyrer og avklart hjelpemiddelbehov. Dette har gitt kommunen en bedre mulighet til å være i forkant av pasientforløpet, og mulighet til å planlegge den videre oppfølgingen og omsorgen for pasienter og pårørende [1, 22]. Siden fagpersonene fra de ulike nivåene har truffet hverandre, har det også vist seg at det er lettere å ta kontakt og samhandle også etter at pasienten er utskrevet fra sykehuset.

Prosjektmedarbeiderne har også benyttet disse møtene til å spre brosjyrer om prosjektet til ulike sykehusavdelinger, noe som gjør at prosjektet er blitt kjent. Det er tydelig at dette har vært en vellykket strategi, siden spesialisthelsetjenesten har kommet med hele 29 førstegangshenvendelser til prosjektet (tabell 1). Prosjektet har fått tilbakemelding fra ulike sykehusavdelinger om at når de vet at pasientene kommer fra Askøy, så kan de slappe av og trygt sende pasientene hjem fordi de vet at de blir godt ivaretatt og fulgt opp. Dette tyder på at de avdelingene vi har arbeidet med i prosjektet, har fått et godt inntrykk av den kreftomsorgen og lindrende behandlingen som drives i kommunen. Et mulig resultat av dette samarbeidet, er at vi også erfarer at sykehuset sender ut pasienter med flere komplekse problemstillinger, for eksempel veneport, plauradren og smertepumpe som kommunen har håndtert svært godt.

Et annet gledelig resultat som synliggjør dette samarbeidet, er at helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten har vært på 14 hjemmebesøk hos enkeltpasienter sammen med

representanter både fra prosjektet og kommunen. Dette gir en unik mulighet for oppfølging og veiledning i utfordrende pasientsituasjoner, noe som også er med på å trygge både den enkelte pasienten og helsepersonellet i åpen omsorg [21, 27].

Askøy kommune var før prosjektet aktivt med i Nettverk av ressurspsykepleiere i kreftomsorg [19]. I løpet av prosjektperioden har kommunen også satset bevisst på dette nettverket ved å øke antall ressurspsykepleiere som er med. Dette gir økt kompetanse innad i kommunen, samt økt antall samarbeidspartnere en kan spille på i enkeltsaker. Gjennom prosjektet har kommunen også vært aktiv deltakende i den lokale nettverksgruppen som fremmer det interkommunale samarbeidet mellom de nærmeste geografiske kommunene. I prosjektperioden har det til sammen vært gjennomført 22 møter tilknyttet nettverket, noe som viser at dette er et aktivt nettverk. Evalueringen av nettverket viste at det å delta i dette, fremmet både samarbeid, kompetanse og omsorg for den enkelte kreftpasienten og deres pårørende[19], og utgjør derfor et viktig satsningsområde for kommunens tverretatlige samarbeid.

#### **4.2.5 Evaluering av den direkte pasientomsorgen**

I tillegg til resultatene som er diskutert over, viser evalueringen gjennom de ulike fokusgruppeintervjuene at en gjennom prosjektet i høy grad har nådd målsettingen for den direkte pasientkontakten.

Resultatene tyder på at en gjennom prosjektet har lyktes å komme tidligere inn i pasientforløpene, noe som anses for å være svært viktig for å sikre god kreftomsorg og lindrende behandling omsorg [21, 22, 27]. Det er gledelig å se at dette er et inntrykk som formidles både av ledere, prosjektorganisasjon og også pårørende, noe som gir resultatene større tyngde. Evalueringen tyder også på at tidlig intervensjon og bedre planlegging har medført økt trygghet, og at pasientene kan være hjemme helt til slutten. Et annet sentralt poeng er at en gjennom prosjektet også har fulgt opp pasienter som er i en behandlings- og rehabiliteringsfase. Dette er en pasientgruppe som åpen omsorg tidligere har hatt liten kontakt med, men som en følge av det økte samarbeidet med både fastleger og sykehus, erfarer vi at spesialpsykepleierne har fått flere henvendelser fra denne pasientgruppen. Kreftoverleverne utgjør etter hvert en meget stor pasientgruppe, og ny forskning viser at de sliter med mange etter- og senvirkninger som i stor grad påvirker deres langsiktige helse, de har umøtte behov og lite tilbud om oppfølging og rehabilitering [30].



Et annet poeng som kommer tydelig fram i fokusgruppeintervjuet av de pårørende, er betydningen av den helhetlige omsorgen og det tverrfaglige samarbeidet. Forskning [1] er tydelig på at den helhetlige omsorgen er svært viktig innen kreftomsorg og lindrende behandling, noe det ser ut til at vi har lykket med i prosjektet.

Trygghet er et nøkkelord innen kreftomsorg og palliasjon [1, 4, 17, 18], og kommer også fram som et resultat av prosjektet. Resultatene viser at tryggheten er relatert både til personalets og pasienter og pårørendes trygghet. Tryggheten for personalet var relatert til økt egen kompetanse innen fagfeltet, men den økte trygghetsfølelsen var også relatert til at personalet i åpen omsorg opplevde at de hadde noen i ryggen, noen som støttet og som de kunne kontakte ved behov. Dette synliggjør at samhandlingen i prosjektet har ført fram, og at de jevnlige møtene ute i avdelingene, kreftmappen, veiledningen og kompetansehevingen har hatt en ønsket effekt. Det er svært gledelig at ledere opplever en holdningsendring i denne pasientgruppen, der pasientgruppen nå representerer meningsfulle og interessante arbeidsoppgaver heller enn et problem.

De pårørendes uttalelser ser ut til å underbygge personalets økte trygghet, og at de klarer å overføre denne tryggheten til både pasienter og pårørende som er i en meget alvorlig og sårbar situasjon. Å skape trygghet for pasienter og pårørende er et hovedmål i all kreftomsorg og lindrende behandling, og en klar forutsetning for at pasienten kan tilbringe mest mulig tid hjemme i livets slutfase [1]. Resultatene fra fokusgruppeintervjuet med pårørende som dokumenterer dette, er derfor meget oppmuntrende og viktig. Ut fra resultatene påpeker de pårørende at det var flere faktorer som fremmet tryggheten. Et viktig element var høy kompetanse hos pleiepersonellet, få svar på spørsmål, samt tilgjengelighet. Dette er tilsvarende faktorer som Grov [22] fant i sin studie om hjemmedød. Et viktig poeng her er at pasient og pårørende fort avslører om helsepersonellet har kompetanse og er trygge, og at også de opplevde at helsepersonellet, bla fastlegen, ble mere trygg gjennom prosjektperioden. En annen faktor for trygghet var relatert til koordinering av ulike tjenester, enten dette gjaldt samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, NAV eller andre aktører som var inne i bildet. Dette resultatet synliggjør for det første at pasientene i prosjektet hadde sammensatte utfordringer der flere instanser var involvert. For det andre tydeliggjør dette behovet for individuell plan for denne pasientgruppen og nødvendigheten av en helhetlig omsorg [17, 24, 29]. Det er videre interessant å merke seg at tryggheten for pasienter og pårørende ikke bare var relatert til helsepersonellens kompetanse, men også knyttet til verdighet og det å bli behandlet som enkeltindivider. Dette understreker igjen viktigheten av den helhetlige omsorgen, eller «personalized care» [1, 31].

Resultatene fra evalueringen av den direkte pasientkontakten synes også å underbygge at organiseringen rundt kreftpasientene er endret og forbedret. Dette støtter således diskusjonen tidligere knyttet til tverrfaglig og tverretatlig samarbeid og organisering. Samtidig setter resultatene igjen fokus på primærsykepleie, og at en prøver å begrense antall personer som er involvert i den direkte pasientomsorgen så mye som mulig [1, 22, 24, 27].

### **4.3 Hevet kvalitet gjennom planmessig kompetanseheving og veiledning**

Et hovedmål i prosjektet var å heve kvaliteten på kreftomsorg og lindrende behandling gjennom planmessig opplæring og veiledning av helsepersonell. Disse vil bli diskutert separat under.

#### **4.3.1 Veiledning av helsepersonell**

Veiledningen til helsepersonell ble gjort både i form av planmessige møter på den enkelte avdelingen, utarbeiding av en mappe med aktuell informasjon og prosedyrer innen kreftomsorg og lindrende behandling, samt veiledning på etterspørsel.

Det synes som om alle disse tiltakene har vært hensiktsmessige, og vi mener dette har vært en av årsakene til at helsepersonell i åpen omsorg har følt seg tryggere og dermed også gitt bedre omsorg til den enkelte pasienten. Det er tydelig at det å gi en basiskunnskap først, ha tilgjengelig materiale og så følge opp med aktiv veiledning i den enkelte pasientsaken, har vært en hensiktsmessig framgangsmåte. I tillegg har den direkte pasientveiledningen gjort at helsepersonellet ikke har følt seg alene med alle avgjørelser, men hele tiden har hatt noen å støtte seg til. Veiledning og oppfølging av helsepersonell slik at de føler seg trygge i den situasjonen de er, er også vist i litteraturen å være av stor betydning [1, 19].

Den enkelte avdelingen i åpen omsorg har fått en mappe med aktuell informasjon, og en kan argumentere med at dette er en utdatert måte å overføre viktig informasjon på. Det ble vurdert at det var viktig å ha noe håndfast informasjon å forholde seg til, og dette ble også brukt i undervisningen på den enkelte avdelingen i oppstarten av prosjektet. Det er imidlertid et problem å holde slike mapper oppdatert. Mappen ble også lagt på kommunens intranettside, og i videreføringen av prosjektet vil en satse på oppdatering og utvikling av denne siden heller enn å oppdatere mappene.

At spesialsykepleiernes kompetanse etter hvert er godt kjent i kommunen, viser den store etterspørselen etter veiledning med 138 forespørsler. Videre synliggjør disse tallene at prosjektet er godt forankret i åpen omsorg, siden de fleste henvendelsene kom herfra hvor også de fleste pasientene naturlig nok befinner seg. Samtidig viser tabell 5 at prosjektet også er kjent i andre etater både i kommunen og utenfor kommunen. Tabell 6 synliggjør at det var flest sykepleiere

som ønsket veiledning, men tabellen synliggjør også det tverrfaglige samarbeidet siden andre yrkesgrupper også er meget godt representert. Henvendelsesgrunnen for veiledning varierte, men tabell 7 tydeliggjør at majoriteten av henvendelsene gjaldt enten ønske om spesifikk kunnskap om enkeltemner, symptomlindring og koordinering. Dette synliggjør at spesialsykepleiernes kompetanse innen kreftomsorg og lindrende behandling både er kjent, etterspurt og brukt. En av hovedhensiktene med prosjektet var nettopp å sørge for at den kompetansen som kommunen gjennom flere år bevisst har utviklet, blir anvendt på tvers av avdelinger og etater i kommunen og ikke bare på avdelingen den enkelte spesialsykepleier jobbet. Resultatene knyttet til etterspørsel etter veiledning, synliggjør at vi i stor grad har lyktes i dette arbeidet.

#### **4.3.2 Planmessig kompetanseheving**

Alvorlig syke og døende pasienter har ofte sammensatte problemstillinger som stiller store krav til kompetanse innen kreftomsorg og lindrende behandling [1]. For å sikre gode pasientforløp, best mulig livskvalitet og hjemmetid for den enkelte pasienten er høy kompetanse innen kreftomsorg og lindrende behandling helt avgjørende [4, 18, 21, 24]. Et sentralt mål i prosjektet ble derfor å bygge opp denne kompetansen gjennom planmessige temadager. Temadagene tok utgangspunkt i de grunnleggende og mest aktuelle problemstillingene innen dette feltet [4]. Målsettingen med temadagene var at den enkelte som deltok, skulle få økt kunnskap og kompetanse som var direkte overførbart til deres egen arbeidshverdag.

Det ble gjennomført 6 temadager, og vi finner det imponerende at hele 501 personer deltok og 73 % evaluerte temadagene. Det er tydelig at deltakerne har opplevd at emnene på temadagene har vært meget relevante og aktuelle, siden både innhold og læringsutbytte på den enkelte temadagen evalueres meget høyt. Disse tallene understøttes og utdypes av resultatene fra fokusgruppeintervjuene. Resultatene fra fokusgruppeintervjuene synliggjør at temaene har vært aktuelle, og at læringsutbyttet har vært meget tilfredsstillende. En viktig faktor synes her å være at vi også innen kompetanseheving har samarbeidet tett både med spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner som for eksempel Kreftforeningen, og fått høyt kvalifiserte foredragsholdere. En tilbakemelding som også framkommer, er at temadagene ikke bare har vært rene forelesninger, men at disse har satt i gang en refleksjon. Dette er i tråd med forskning som viser at refleksjon er svært sentralt i økning og anvendelse av kompetanse [1, 15].

En annen viktig effekt av temadagene ser også ut til å ha vært det å treffe kollegaer fra andre avdelinger og etater, utveksle erfaringer og bli kjent med nye. Slik sett har temadagene vært

viktige også i nettverksbygging og ansporing til tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Vi ser også en svært positiv nytte ved at vi inviterte bredt ift fagpersonell, med alt fra servicemenn til leger. En tydelig effekt av dette har igjen gått på samarbeid, og at alle faggrupper vet noe om hva dette handler om. I et av fokusgruppeintervjuene kom det fram at det var så positivt at servicemennene var invitert, og at det nå var mye lettere å samarbeide ift å anskaffe og sette opp hjelpemidler, og en følelse av at alle var på samme lag. Disse resultatene underbygger igjen betydningen av tverrfaglig samarbeid til beste for pasienten [17].

Temadagene var organisert som halve dager med oppstart etter lunsj. Resultatene synes å underbygge at dette har vært meget hensiktsmessig, og kan være en av grunnene til at vi har fått så mange deltakere. En annen grunn som tydelig kommer fram, er planlegging og informasjon om temadagene i god tid, samt betydningen av at ledelsen oppmuntrer og tilrettelegger for at ansatte kan delta. Tilsvarende faktorer ble også funnet i evaluering av ressurspsykepleiernettverket [19], og disse erfaringene vil derfor være viktige å bygge videre på.

Et annet svært viktig funn og gledelig resultat, er at deltakerne gjennom disse temadagene er blitt mer bevisstgjort lovverket de arbeider under, og da spesielt tilknyttet samhandlingsreformen. I prosjektet har vi satset bevisst på å trekke inn både administrativ og politisk ledelse lokalt, både inn i styringsgruppen og med på samtlige temadager. I tillegg har flere profilerte stortingsrepresentanter og politikere blitt invitert og deltatt, slik at deltakeren har erfart at prosjektet også er blitt synliggjort utad. En av disse var stortingsrepresentant Bernt Høye, leder for Stortingets helse og omsorgskomite som i etterkant av temadagen uttalte:

*”Modellen som Askøy jobber etter her, er et eksempel på fremtidens omsorgsarbeid. Det handler om kompetansemiljøer som vokser frem lokalt og gir viktige pasientgrupper individuell og god omsorg”.*

Ut fra de andre resultatene i prosjektet, spesielt fra den direkte pasientomsorgen, ser det ut som om den planmessige kompetanseoppbyggingen, sammen med de andre faktorene, har hatt en betydning for å bygge både kompetanse og kvalitet. Legevakten i Askøy kommune underbygger dette ved at de melder at de har hatt færre henvendelser og innleggelser knyttet til alvorlig syke og døende i prosjektperioden. Dette tyder på at disse pasientforløpene har vært godt planlagt, og at åpen omsorg har kompetanse og trygghet til å håndtere disse situasjonene selv uten å trekke inn legevaktstjenesten.

### 4.3.3 Eksterne foredrag og hospiteringer

I tillegg til den planlagte kompetansehevingen i egen kommune, viser tabell 9 at spesialsykepleierne i prosjektet har hatt en meget utstrakt foredragsvirksomhet både lokalt og nasjonalt med imponerende 913 deltakere. På denne måten har både kunnskap om prosjektet og fagfeltet blitt spredt i en lang rekke fora. Dette viser både at prosjektet er blitt synlig utenfor kommunen, og at spesialsykepleierne i prosjektet har en ettertraktet kompetanse. Denne virksomheten har også vært svært sentral for å bygge nettverk og samhandling, noe vi ser vi har hatt stor nytte av i den direkte pasientomsorgen. Tabell 9 synliggjør også at de sentrale fagfeltene innen kreftomsorg og lindrende behandling samhandler på en meget god måte, noe som er i tråd med sentrale føringer og forskning og til beste for den enkelte pasienten og deres pårørende [4, 17].

Resultatene fra antall hospitanter synliggjør også at prosjektet er blitt lagt merke til utenfor kommunen, og er interessant for andre å få innblikk i. Det er spesielt gledelig at sykepleiere i spesialutdanning har funnet prosjektet så interessant at de ønsket å tilbringe hele sin praksisperiode her. Tilbakemeldingene fra disse studentene og de andre hospitantene har vært meget positive. I tillegg til at Askøy kommune kan overføre kunnskap innen dette feltet til andre, kommer både hospitanter og studenter også med sin kompetanse og sine innspill, og blir viktige og gode diskusjonspartnere som igjen har bidratt positivt inn i prosjektet.

#### **4.4 Tilleggsmomenter i prosjektet**

Selv om prosjektet hadde en klar prosjektbeskrivelse, er det vanskelig å klare å planlegge alt i forkant [13]. I prosjektet har prosjektbeskrivelsen vært et viktig styringsredskap. Selv om en underveis i prosjektet har vært fristet til å trekke nye momenter og tiltak inn, har styringsgruppen vært tydelig på oppfølging i henhold til prosjektbeskrivelsen [14]. I løpet av prosjektperioden har imidlertid styringsgruppen tillatt prosjektgruppen å utarbeide handlingsplan for kreftomsorg og lindrende behandling, bli medlem i Koordinerende enhet for rehabilitering og habilitering, samt ressursgruppe for videreutdanning ved Betanien diakonale høgskole.

Utarbeiding av en kommunal handlingsplan for kreftomsorg og lindrende behandling så styringsgruppen som et svært viktig tiltak. Det var viktig å utnytte den kompetansen prosjektet hadde, og det ble også sett som svært viktig i en videreføring og implementering av prosjektet i vanlig drift etter prosjektperiodens slutt.

Planen ble utarbeidet i et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, og vi er veldig stolte av at så langt vi kjenner til, er dette den første kommunale handlingsplanen som bygger på samhandlingsreformen og nytt lovverk som grunnlag. Planen er godkjent i aktuelle politiske fora, og det arbeides nå med implementering av denne.

Koordinerende enhet for rehabilitering og habilitering ble også ansett som et meget sentralt forum både for å fronte kreftomsorg og lindrende behandling, men også som et sentralt nettverk for å samhandle i kommunen. Vi ser at denne enheten blir sentral i tiden som kommer, siden kreft i stor grad er gått fra å være en akutt, dødelig sykdom, til mer å bli en kronisk sykdom med store oppfølgingsbehov over tid [30].

Prosjektleder ble også spurt om å delta i ressursgruppe for videreutdanning i kreftsykepleie ved Betanien diakonale høgskole. Vi er stolte over at en representant fra Askøy kommune er valgt inn i dette arbeidet, og vi ser også det som et viktig resultat av den jobben vi har gjort i prosjektet. Vi mener det er av største betydning å fronte kommunehelsetjenestens rolle inn i videreutdanningen, siden stadig mer behandling og omsorg for kreftpasienter overføres til kommunene [2]. Vi anser det som meget sentralt å samarbeide med institusjoner som driver utdanning, utvikling og forskning på feltet. Det er en svært god måte for kommunen å holde seg oppdatert på forskning og

utvikling innen fagfeltet, og igjen erfarer vi at det er et egnet forum for viktig nettverksbygging og samarbeid.



## **4.5    *Prosjektets framdriftsplan***

Resultatet fra prosjektet synliggjør at en i prosjektperioden har arbeidet i tett samsvar med både prosjektbeskrivelse og framdriftsplan. De små justeringene som ble gjort, ble gjennomført etter tillatelse fra styringsgruppen. I et såpass stort prosjekt er det godt gjort at prosjektet er gjennomført så tett opp mot den oppsatte planen [13, 14]. Vi tror det kan være flere grunner til dette.

For det første ble det satt av god tid til planlegging og utarbeidelse av prosjektbeskrivelsen. Det ble søkt om et forprosjekt som vi fikk dekket av Helsedirektoratet. Prosjektleder ble frikjøpt, samt at det ble kjøpt veiledning på utarbeidelse av prosjektbeskrivelsen. På den måten fikk vi tid til å spesifisere hva prosjektet skulle omhandle, spisse både mål og tiltak, samt sette opp en realistisk framdriftsplan. Prosjektleder deltok også på kurs innen prosjektarbeid og ledelse på Betanien diakonale høgskole.

Den utarbeidede prosjektbeskrivelsen var såpass gjennomarbeidet og detaljert at den ble brukt som et sentralt arbeidsredskap for både prosjektleder og hele prosjektorganisasjonen gjennom hele perioden [14]. Siden prosjektbeskrivelsen hadde så tydelige mål, tiltak og fremdriftsplan, ble det også lettere å styre prosjektet i henhold til dette både for prosjektleder og styringsgruppe.

Et annet sentralt element i den vellykkede gjennomføringen handler om det tette og jevnlige samarbeidet mellom prosjektleder og leder av styringsgruppen. På denne måten ble styringsgruppens leder hele tiden oppdatert på hvor prosjektet lå i forhold til framdrift, avklaringer kunne hele tiden gjøres underveis, og prosjektleder hadde jevnlig støtte og oppfølging.

## **4.6    *Økonomi***

Prosjektets totale regnskap for den tre-årige prosjektperioden ligger i underkant av 3 millioner. Majoriteten av midlene har gått til lønn av prosjektmedarbeiderne. De øvrige utgiftene relatert til prosjektorganisasjonen har i hovedsak vært dekket av kommunen eller av samarbeidspartnerne, noe som viser et stort engasjement for denne pasientgruppen. Finansieringen av prosjektet har vært delt mellom Helsedirektoratet og Askøy kommune. Gjennom egen finansiering og involvering av både faglig, administrativ og politisk ledelse i prosjekt, har dette medført et stort kjennskap og oppmerksomhet på fagfeltet kreftomsorg og lindrende behandling.

Prosjektet har hatt en meget god økonomistyring, i hovedsak oppfulgt av prosjektleder og leder av styringsgruppen. I føring av regnskap og den jevnlige rapporteringen til Helsedirektoratet har prosjektet også hatt stor hjelp av kommunens økonomiavdeling. På denne måten har en også sikret en god struktur og økonomistyring, som har medført at prosjektet er gjennomført uten økonomiske overskridelser.

Ut fra evalueringen og resultatet fra prosjektet, vil vi hevde at disse ressursene er brukt på en meget hensiktsmessig måte som har kommet både helsepersonell, pasienter og pårørende til gode.

## 5.0 KONKLUSJON

Resultatene fra evalueringen viser at prosjektet har hatt meget høy måloppnåelse. Modellen med to spesialsykepleiere innen kreftomsorg og lindrende behandling som jobber på tvers av avdelinger og enheter med fokus på tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, direkte pasientomsorg samt planmessig kompetanseheving og veiledning, har vist seg å være svært vellykket og hensiktsmessig.

Gjennom prosjektet er det etablert et godt tverrfaglig og tverretattlig samarbeid rundt kreftomsorg og lindrende behandling i Askøy kommune. I prosjektperioden har man etablert kontakt og utarbeidet samarbeidslinjer med eksterne fagmiljø gjennom et tverrfaglig ressursteam, samt et tett og systematisk arbeid rettet mot fastleger og spesialisthelsetjeneste. Aktiv deltakelse i nettverk av ressurssykepleiere, et nært samarbeid med Betanien diakonale høgskole, Kreftforeningen og Kompetansesenteret i lindrende behandling Helseregion Vest har lagt basis for et faglig fellesskap som inviterer til videre engasjement, utvikling og kompetanseheving. God systemrelatert samhandling er av stor betydning i en fase der kommunens kreftomsorg skal styrkes og videreutvikles. Her har arbeidet inn mot lokale og sentrale institusjoner betydd mye. Dette avspeiler seg også i prosjektorganisasjonen der både spesialisthelsetjeneste, Betanien diakonale høgskole, Kompetansesenteret i lindrende behandling Helseregion Vest og Kreftforeningen har vært representert. Et annet viktig moment for den gode måloppnåelsen har vært tydelig forankring både på administrativt og politisk ledelsesnivå i kommunen.

Resultatene fra prosjektet viser også at målsettingen tilknyttet den direkte pasientkontakten i høy grad er oppnådd. Mange kreftpasienter i kommunen er nådd og har fått tilbud om hjemmebesøk og kartlegging ved kreftsykepleier. Vi ser at opprettelsen av det tverrfaglige ressursteamet og innføring av vedtak for kreftsykepleie, har vært svært hensiktsmessige tiltak som medfører en tverrfaglig oppfølging samt en synliggjøring av disse pasientene i kommunens dokumentasjonssystemer. Videre ser vi at prosjektleder og prosjektmedarbeiders spesialkompetanse innen henholdsvis kreftsykepleie og lindrende behandling har vært essensielt for måloppnåelsen. Disse fagpersonene har kunnet kommet tidlig inn i et pasientforløp, gitt trygghet, gjort vurderinger og koordinert de andre tjenestene. Ved å rette fokus på direkte pasient og pårørende kontakt, og samtidig drive systematisk veiledning og kompetanseheving, opplevde man en økt trygghet og et bedre tjenestetilbud både for pasienter og helsepersonell. Spesialsykepleierne i prosjektet har brukt kompetanse og posisjon til å etablere kontakt med

pasient og pårørende og med det øvrige hjelpeapparatet. Målsettingen var å kunne gi et offensivt, helhetlig og sømløst tjenestetilbud til kreftpasientene i kommunen. Gjennom prosjektet erfarte vi at tidlig intervensjon, tett oppfølging av pasienter og deres pårørende, økt kompetanse og styrket samhandling ga resultater i form av gode helhetlige pasientforløp.

Prosjektets resultater viser også at planmessig kompetanseheving og veiledning er av betydning for både trygghet og kvalitet innen kreftomsorg og lindrende behandling. Prosjektet har hatt stor måloppnåelse på dette området, der til sammen flere tusen personer er nådd gjennom individuell veiledning, hospitering, temadager og foredrag.

De viktigste resultatene fra prosjektet er imidlertid knyttet til de pårørendes erfaringer fra hjemmedød, der trygghet, kompetanse, tilgjengelighet, koordinering og verdighet var sentrale stikkord. Disse stikkordene sammenfatter samtlige mål og underbygger at prosjektet gjennom systemarbeid, direkte pasientomsorg og kompetanseheving har nådd målgruppen, nemlig den enkelte pasienten og deres pårørende.

## 6.0 VEIEN VIDERE

Prosjektet har vært en del av kommunens planmessige arbeid innen kreftomsorg og lindrende behandling, og resultatene og erfaringene fra prosjektet vil videreføres inn i kommunens ordinære tjenestetilbud innen kreftomsorg og lindrende behandling.

Modellen som ble utviklet i prosjektet, vil i hovedsak videreføres i form av opprettelse av to kreftkoordinatorstillinger i kommunen. Den ene koordinatoren vil primært arbeide på systemnivå for å kontinuere gode samhandlingsrutiner og koordinere samarbeid slik at Askøy ikke blir stående alene som aktør på fagfeltet kreftomsorg og lindrende behandling.

Den andre koordinatoren vil i hovedsak ivareta direkte pasient- og pårørendekontakt, og være ansvarlig for kompetanseheving og veiledning til ansatte i pleie- og omsorgstjenestene.

Modellen fra prosjektet skal videreutvikles, der det skal opprettes en kreftkontakt i hver avdeling innen pleie- og omsorg. Intensjonen er at denne skal være avdelingens ressursperson innen kreftomsorg og lindrende behandling, og videreformidle kunnskap til sine kolleger.

Kreftkontaktene vil også få ansvar for veiledning og oppfølging av kreftpasientenes primær- og sekundærkontakter.

Selv om koordinatorene har definerte funksjonsområder, vil det tidvis kreve interne og fleksible overlappingsordninger

Som en videreføring av prosjektet gjennom koordinatorstillingene, skal disse integreres parallelt med den nyoppstartede, interkommunale lindrende enheten. Kommunen anser begge tilbudene som gjensidig avhengige av hverandre for å oppnå en helhetlig kreftomsorg og et sømløst tjenestetilbud, der en videreutvikler og bygger på de gode erfaringene og resultatene fra prosjektet. I tillegg til behandlingstilbud til kreftpasienter og deres pårørende, er det en visjon at det blir et sentralt fagmiljø for fagfeltet i form av et interkommunalt ressurscenter for kreftomsorg og lindrende behandling.

## 7.0 REREFANSELISTE

1. Reitan, A.M. and T.e. Scøllberg, *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling*. 2010: Akribe.
2. Omsorgsdepartementet, D.K.H.-o., *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2009, Helse- og omsorgsdepartementet: Oslo.
3. Danielsen, H.r., *Oncolex*. 2011, Oslo universitetssykehus HF <http://www.oncolex.no/>.
4. Helsedirektoratet, *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* Helsedirektoratet, Editor. 2010: Oslo.
5. Sentralbyrå, S., *Statistisk årbok 2012*, H.H. Scheel, Editor. 2012: Oslo.
6. Norway, C.R.o., *Cancer in Norway 2009*, in *Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*, I.K. Larsen, Editor. 2011, Cancer Registry of Norway: Oslo.
7. Creswell, J.W. and V.L. Clark, *Designing and conducting mixed method research*. 2011, London: SAGE Publications, Inc.
8. Johnson, R.B. and A.J. Onwuegbuzie, *Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come*. Educational Researcher, 2004. **33**(7): p. 14-26.
9. Creswell, J.W., *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions* 2nd Ed ed. 2007 London: Thousand Oaks, CA: Sage.
10. Gray, D., *Doing Research in the Real World*. 2nd edition ed. 2009, London: SAGE Publications Ltds.
11. omsorgsdepartementet, H.-o., *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2011, Lovdata: <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html>.
12. Jessen, S.A., *Mer effektivt prosjektarbeid i offentlig og privat virksomhet*. 3rd ed. 2005., Oslo: Universitetsforlaget.
13. Kolltveit, B.J. and T. Reve, *Prosjekt - organisering, ledelse og gjennomføring*. 2nd ed. 2002, Oslo: Universitetsforlaget.
14. Hauken, M.A., *Sykepleier som prosjektleder*. Sykepleien, 2010. **98**(01): p. 55-57
15. Lauvås, K. and P. Lauvås, *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi*. 2 utgave ed. 2004: Universitetsforlaget.
16. Eriksson, S., *Faktorer som påvirker ressurssykepleiers rolle og funksjon i kommunehelsetjenestens kreftomsorg*, in *Institutt for samfunnsvitenskapelige fag*. 2009, Universitetet i Bergen.
17. Haugen, D.F., et al., *Organisering av palliasjon i og utenfor sykehus*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2006. **3**(126): p. 329-32.
18. medisin, N.f.f.p., *Standard for palliasjon* N.f.f.p. medisin, Editor. 2004.
19. Hauken, M.A. and R. Helgesen, *Kreftnettverk gir trygghet*. Sykepleien, 2011. **99**(11): p. 58-61
20. Myhra, C.B. and E.K. Grov, *Sykepleieres bruk av Edmonton Assessment Scale (ESAS)*. Forskning, 2010(3): p. 2010.
21. Sægrov, S. and M. Lorensen, *Kommunal oppfølging av personer med kreft*. Vår i Norden, 2001. **21**(4): p. 21 - 25.
22. Grov, E.K., *Død hjemme - hvordan kan sykepleieren bidra til å fremme mulighet for personer med langtkommen kreft til å dø hjemme?* Vår i Norden, 1999. **19**(1): p. 4-9.
23. Bee, P.E., P. Barnes, and K.A. Luker, *A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer*. Journal of Clinical Nursing, 2009. **18**(10): p. 1379-1393.

24. Meiner, S.E., *Essentials of home-based cancer care of the elderly*. Geriatric Nursing, 1999. **20**(5): p. 275-277.
25. (Ed), G.T., *Cancer in Norway 2010. Special issue: Clustering of cancer* 2012, Cancer Registry of Norway, Oslo, Norway.
26. Aabom, B., et al., *Does persistent involvement by the GP improve palliative care at home for end-stage cancer patients?* Palliative Medicine, 2006. **20**(5): p. 507-512.
27. Sentralforbund, K., *En naturlig avslutning på livet. Mer helhetlige pasientforløp i samhandlingsreformen. Palliativ omsorg, trygghet og valgfrihet*. 2012.
28. Kompetansesenter i lindrende behandling, H.v., *Symptomlindring i livets slutfase. Medikamentskrin*. 2013.
29. Health, N.D.o., *An Individual Plan - a folder*, M.H.a. Rehabilitation, Editor. 2006, Norwegian Directorate of Health
30. Hewitt, M.E., *From Cancer Patient to Cancer Survivor : Lost in Transition* 2006.
31. Lester, J.L.S., P. (ed), *Cancer Rehabilitation and Survivorship. Transdisciplinary Approaches to Personalized Care*. 2011, Pittsburg, Pennsylvania: ONC Publications Department.

## 8.0 VEDLEGG

Listen over vedlegg viser hvilke dokumenter som er brukt i prosjektet. Vi har valgt ikke å legge ved alle disse vedleggene siden rapporten ville blitt for omfangsrik. De som er interessert i de enkelte vedleggene, kan ta kontakt med kreftsykepleier Tone Steinfeld på mail:

[tone.steinfeld@askoy.kommune.no](mailto:tone.steinfeld@askoy.kommune.no)

1. Prosjektbeskrivelse: «Kreftomsorg i primærhelsetjenesten»:  
<http://www.askoy.kommune.no/organisasjon-askoy-kommune/helse-og-omsorg/hjemmesykepleie/kreftsykepleietjeneste>
2. Registreringsskjema for systemarbeid og samarbeid
3. Registreringsskjema for direkte pasientkontakt
4. Prosedyre ved behandling av søknader om oppfølging av kommunal kreftsykepleietjeneste
5. Registreringsskjema for veiledning og kompetanseoppbygging
6. Intervjuguide fokusgruppeintervju
7. Brosjyre til samarbeidspartnere
8. Brosjyre til pasient og pårørende
9. Handlingsplan for kreftomsorg og lindrende behandling for Askøy kommune 2012 - 2016